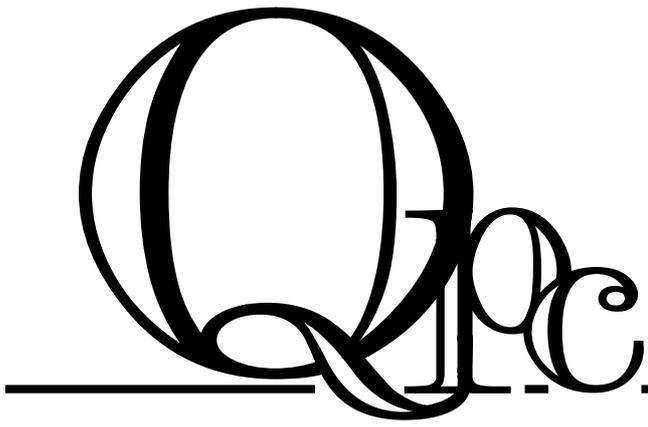


quaderni di psicoterapia comparata
esperienze di confronto e integrazione

IL SETTING



quaderni di psicoterapia comparata
esperienze di confronto e integrazione

IL SETTING

QUADERNI DI PSICOTERAPIA COMPARATA
1/2013
APRILE 2013

RIVISTA A CURA DELLA
SCUOLA DI PSICOTERAPIA COMPARATA
SEDE DI FIRENZE

RIVISTA SEMESTRALE DIRETTA DA:
PIETRO CATERINI, DIRETTORE SCIENTIFICO
ANNALISA CAMPAL, DIRETTORE RESPONSABILE

RESPONSABILI DI REDAZIONE:
SIMONA PECCHIOLI, ANDREA INNOCENTI, MANUELE MATERA

COMITATO DI REDAZIONE:
ILARIA BAGNULO, ALBERTO BATINI, FRANCESCO BENINI, CLAUDIA BONACCINI, VALENTINA DEL
LUNGO, ROSSELLA DIMAGLI, MARTINA FARALLI, MARTINA FEI, SARAH FRESCURA, MARCO LAVOPA,
CARLOTTA PINNA, ELISA TATTI, FRANCESCA VIENNI

COMITATO SCIENTIFICO:
PIETRO CATERINI, MARIO AJAZZI MANCINI, ANNALISA CAMPAL, GIOVANNI CIOLI, GIOVANNA
D'ONGHIA, ANDREA INNOCENTI, FEDERIGO BRUNO INNOCENTI, MANUELE MATERA, NICOLA
MATERASSI, SIMONA PECCHIOLI, DINO PERRONI, LUCA TEODORI

DIREZIONE E REDAZIONE:
VIALE ANTONIO GRAMSCI 22, FIRENZE
E-MAIL: REDAZIONE@PSICOTERAPIACOMPARATA.IT
WEB: WWW.PSICOTERAPIACOMPARATA.IT

PROPRIETÀ:
SOCIETÀ DI PSICOTERAPIA COMPARATA S.R.L.

ISSN: 2281-650X

REGISTRATA COL NUMERO 5828 IN DATA 24/03/2011 PRESSO IL TRIBUNALE DI FIRENZE

INDICE

Pietro Caterini, Annalisa Campai
Editoriale pag. 5

FOCUS AREA: IL SETTING

Stefania Boldrini, Francesca Donati
La cura psicoanalitica dei disturbi alimentari oltre il setting individuale pag. 9

Irene Bonadies, Melania Cerofolini, Luisa Chiarugi, Jacopo Chincoli,
Rita Dinasta, Elisa Innocenti, Francesco Michelotti
Il setting clinico in alcuni dei principali modelli teorici pag. 13

Elena Chillè, Simona Pecchioli
Il setting in psicoterapia comparata pag. 31

Paolo Chellini, Nicola Materassi
Riflessioni sull'uso del doppio setting pag. 51

ATTUALITÀ

Luca Modenesi
La supervisione in video conferenza. Un'esperienza in Iraq pag. 61

Valeria Criscenzo, Ronnie Malenotti
In carcere: caratteristiche, peculiarità e difficoltà del setting pag. 73

CONTROTEMPO

Patrizia Adami Rook
Scienze, psicoterapia e chiacchiere (parte I) pag. 81

RECENSIONI

Rachele Bindi

“Storia di un corpo” di Daniel Pennac

pag. 89

Alberto Batini, Marco Lavopa, Carlotta Pinna

Dexter Morgan: tra romanzo e realtà

pag. 91

Sarah Frescura, Elisa Tatti

Il sesso: una forma di libertà o prigionia? Uno sguardo sul tema attraverso gli occhi della pellicola

pag. 101

RIFLESSIONI

Laura Cioni, Ilaria Detti, Lorenzo Franchi, Claudia Vallebona

L'esperienza di “Luoghi di Pensiero”: la ricerca di un setting per la formazione comparata

pag. 109

Paola Marangio

L'attacco al corpo in adolescenza e il suo intento comunicativo alla madre e al padre: riflessioni sull'ottica proposta da Pietropolli Charmet

pag. 113

STUDI E RICERCHE

Ilaria Bagnulo, Claudia Bonaccini, Valentina Del Lungo, Martina Faralli, Francesca Vienni

I perché delle cinquanta sfumature

pag. 117

EDITORIALE

Questo numero di Quaderni di Psicoterapia Comparata è dedicato al setting. Abbiamo scelto questo focus in quanto siamo convinti che il setting sia “il luogo non luogo” ove il lavoro di ciascun psicologo, terapeuta, ricercatore o terapeuta/ricercatore può essere osservato, confrontato, comparato.

Il setting è quell’insieme di regole che servono a delimitare il contesto di ricerca in modo tale che quanto si osserva, si descrive, si comprende, si spiega, possa avere un’attendibilità scientifica (Galimberti). In campo clinico il setting è un’area spazio-temporale che grazie a delle regole che vengono mantenute nel tempo consente la produzione di fenomeni ai quali è possibile tentare di dare una lettura, tentare di dare una spiegazione. L’azione terapeutica risulta intelligibile solo all’interno di un contesto strutturato in cui rimangono fissate regole che definiscono ruoli e funzioni come i fattori contrattuali, il pagamento, il numero delle sedute, la durata delle sedute, la fruizione dello spazio fisico, le regole comunicative.

Il setting meta comunica su quali siano le nostre teorie, il modo di interagire con il paziente, la nostra visione del mondo, la nostra idea di cura. A setting diversi corrispondono teorie diverse, ma soprattutto la produzione di fenomeni e comportamenti che possono essere decisamente dissimili tra loro. Proviamo a comparare, a titolo di esempio, il setting psicoanalitico classico, costruito per il trattamento individuale e il setting sistemico relazionale costruito per il trattamento familiare.

Il “quadro” psicoanalitico ha tra le sue regole, che vengono mantenute costanti nel tempo, il numero di quattro sedute alla settimana della durata di 45 minuti ciascuna, per un trattamento che può durare alcuni anni. Lo spazio fisico è caratterizzato dall’uso di un “lettino” ove si sdraia l’analizzando e dietro al quale, su una poltrona, si siede l’analista.

Il setting sistemico relazionale prevede tra le sue regole costanti anche l’uso della tecnologia. Nella stanza dove si svolge l’azione terapeutica sono presenti a “vista” delle videocamere e dei microfoni ai quali è collegato un apparecchio per la videoregistrazione. Il terapeuta e la famiglia hanno a disposizione per sedersi delle sedie ove solitamente si pongono “vis-à-vis”. Spesso c’è anche uno specchio monodirezionale dietro al quale vi possono essere, non visti direttamente dalla famiglia, uno o più terapeuti che possono mettersi in contatto con il collega che lavora dentro la stanza di terapia tramite un citofono. Gli incontri con le famiglie durano un’ora circa con una cadenza variabile: una volta alla settimana, una volta ogni quindici giorni, una volta al mese.

Non è nostra intenzione fare un confronto di dettaglio tra i due setting così differenti tra loro e con finalità così diverse, ma condividere con il lettore alcune osservazioni impressionistiche. Il setting analitico è fatto per dedicare molto tempo al paziente; la stessa struttura spaziale invita a sdraiarsi e, guardando il soffitto, a fantasticare, associare liberamente in un processo simile al sogno. Lo sguardo tra analista e analizzando è interdetto, viene enfatizzata la parola e l’ascolto. Il setting sistemico relazionale è fatto per osservare con grande attenzione i pazienti, anche registrandoli e dedicando loro tempo rivedendo i nastri e discutendone tra il gruppo dei terapeuti, a prescindere dalla presenza stessa della famiglia. La struttura del setting sistemico invita i pazienti a partecipare in modo vigile, viene enfatizzato nel processo terapeutico lo sguardo e l’azione. Da questi elementi di massima è facile capire come psicoanalisti e psicoterapeuti sistemici si troveranno ad osservare fenomeni molto diversi tra loro

non sempre facilmente comparabili. Setting differenti mettono in evidenza comportamenti e azioni differenti alle quali corrisponderanno teorie che possono essere comprese, a nostro avviso, tenendo sempre presente quale contesto le ha prodotte e, prima di tutto, quale setting.

La possibilità per i pazienti di poter scegliere tra trattamenti diversi è, nella nostra ottica, una ricchezza. Il nostro presupposto di intervento è quello del *tailoring*, ovvero la possibilità di ritagliare l'intervento sul paziente (Norcross). A pazienti diversi corrispondono trattamenti diversi e possiamo anche avere la necessità di modificare i nostri setting "classici", trovandoci poi di fronte a comportamenti che richiedono per la loro comprensione un notevole sforzo teorico-tecnico. Crediamo che i tempi ci impongano una flessibilità mai vista prima nell'intervento psicoterapeutico, che si svolge non solo nello studio privato ma anche in altri contesti, come le carceri, in zone di guerra ed altre situazioni difficili. Anche su questo negli ultimi anni ci siamo confrontati alla Scuola di Psicoterapia Comparata ed alcuni colleghi hanno voluto produrre un loro contributo che andiamo adesso ad illustrare più nel dettaglio.

Struttura della rivista

Per la pubblicazione della nostra rivista abbiamo optato per il mezzo on-line in quanto duttile, versatile e soprattutto orizzontale che consenta a chi partecipa al progetto di esprimersi pienamente. La rivista ha uscita semestrale, con un focus principale e una serie di rubriche.

La sezione "FOCUS" prevede un'area tematica, è composta da alcuni articoli di autori diversi e ha l'obiettivo di mantenere vivo il confronto e l'aggiornamento con personalità italiane e straniere, tra neofiti e colleghi di esperienza.

La rubrica "ATTUALITÀ" è dedicata ai temi che sono alla maggiore attenzione degli psicologi e dell'opinione pubblica.

La rubrica "CONTROTEMPO" consente la rilettura di articoli pubblicati in passato alla luce degli sviluppi recenti.

La rubrica "RECENSIONI" è dedicata a pubblicazioni, film, eventi di rilievo.

La rubrica "RIFLESSIONI" affronta approfondimenti su tematiche di interesse teorico o clinico.

Infine la rubrica "STUDI E RICERCHE" è dedicata a ricerche pubblicate o "in progress" relative alla metodologia dell'integrazione e della comparazione.

Sono benvenuti tutti coloro vorranno partecipare, anche se non direttamente coinvolti con la Scuola di Psicoterapia Comparata.

All'interno di questo numero dei *Quaderni di Psicoterapia Comparata*:

FOCUS: Il setting. *La cura psicanalitica dei disturbi alimentari oltre il setting individuale* di Stefania Boldrini e Francesca Donati è uno studio sui tre diversi setting nei quali il disturbo alimentare può essere accolto, individuale, per la famiglia, di gruppo, setting separati perché ogni suo aspetto possa avere libertà e spazio di parola. *Il setting clinico in alcuni dei principali modelli teorici* di Irene Bonadies, Melania Cerofolini, Luisa Chiarugi, Jacopo Chincoli, Rita Dinasta, Elisa Innocenti, Francesco Michelotti, definisce le

caratteristiche del setting in vari modelli clinico-teorici. Oltre le peculiarità e le differenze, emerge il valore della definizione delle regole (luogo, tempo, costo, obiettivi) in ciascuno dei modelli presi in esame. *Il setting in psicoterapia comparata* di Elena Chillè e Simona Pecchioli è uno studio sul setting attraverso la comparazione di vari modelli di terapia individuale e di gruppo di cui è fattore comune, caratterizzato da aspetti fisici e psichici di uguale natura, ma anche da una diversa modulazione del coinvolgimento personale del terapeuta nella relazione con il paziente o il gruppo. Il contributo di Paolo Chellini e Nicola Materassi, *Riflessioni sull'uso del doppio setting*, si occupa di integrazione tra terapie psicologiche e biologiche e di esperienze di co-terapia, dedicando ampio spazio alla relazione tra i terapeuti, che offre al paziente un modello di relazione anch'esso terapeutico.

ATTUALITÀ: *La supervisione in video conferenza. Un'esperienza in Iraq* di Luca Modenesi riguarda l'intervento dell'autore, tra il 2009 e il 2011 nell'organizzazione di Médecins sans frontières. In particolare, la supervisione dello staff, che risiede ad Amman, del lavoro dei counselor iracheni in Iraq e le criticità ma anche la ricchezza di esperienza umana e professionale di un setting con molte difficoltà oggettive. *In carcere: caratteristiche, peculiarità e difficoltà del setting* di Valeria Criscenzo e Ronnie Malenotti approfondisce, anche attraverso interviste ad esperti, quali sono gli aspetti critici dell'intervento dello psicologo in carcere, dalla difficoltà oggettiva alla definizione di un setting a quella psicologica della costruzione dell'alleanza con il detenuto.

CONTROTEMPO: si ripropone *Scienze, psicoterapia e chiacchiere* di Patrizia Adami Rook, che ci guida nel pensiero della fondatrice della scuola e nelle riflessioni sempre attuali su cos'è psicoterapia, al crocevia tra scienza, filosofia, narrativa.

RECENSIONI: *Storia di un corpo*, ultimo romanzo di Daniel Pennac, recensito da Rachele Bindi, che sottolinea come il protagonista, attraverso l'ascolto del suo corpo nell'arco della sua esistenza, diviene consapevole narratore della sua vita interiore. *Dexter Morgan: tra romanzo e realtà* di Alberto Batini, Marco Lavopa e Carlotta Pinna è lo studio, in chiave giocosa, della personalità di Dexter, serial killer/poliziotto di una serie di telefilm di successo in America e da noi. Sarah Frescura e Iliaria Tatti sono le autrici di *Il sesso: una forma di libertà o prigionia? Uno sguardo sul tema attraverso gli occhi della pellicola*, articolo che studia il fenomeno della ipersessualità attraverso i protagonisti di due film, "Shame" e "Lo sguardo dell'altro".

RIFLESSIONI: *L'esperienza di Luoghi di Pensiero: la ricerca di un setting per la formazione comparata* di Laura Cioni, Iliaria Detti, Lorenzo Franchi, Claudia Vallebona ci permette di condividere con gli autori un'esperienza di gruppo sul tema "che vuol dire comparare?" condotta, quattro anni fa, con la modalità di approccio al sapere di Jacques Lacan. *L'attacco al corpo in adolescenza e il suo intento comunicativo alla madre e al padre: riflessioni sull'ottica proposta da Pietropolli Charmet* di Paola Marangio è una riflessione sull'opportunità di uno spostamento di sguardo, dal tema dell'Edipo al tema narcisistico, rispetto al desiderare-tentare il suicidio dell'adolescente di oggi.

STUDI E RICERCHE: Iliaria Bagnulo, Claudia Bonaccini, Valentina Del Lungo, Martina Faralli, Francesca Vienni sono le autrici di *I perché delle cinquanta sfumature*, una ricerca sulla relazione sado-masochistica, tema centrale della trilogia di romanzi di grande successo anche in Italia, soprattutto letta dal pubblico femminile.

di Pietro Caterini, Direttore SPC
e Annalisa Campai, Direttore Quaderni di Psicoterapia Comparata

Corsi e Master

Corso di Specializzazione in Psicoterapia Comparata

edizione: XII

durata: 2000 ore - 4 anni

frequenza: 15 weekend annuali (sabato e domenica 9.30/13.30 - 14.30/18.30)

formazione aggiuntiva: 160 ore di terapia individuale sui 4 anni / 400 ore di tirocinio / 240 ore itinerario personale / 90 ore supervisione

sede di svolgimento: Firenze (il corso è attivo anche presso le sedi periferiche di Genova e Cagliari)

destinatari: laureati in psicologia e medicina

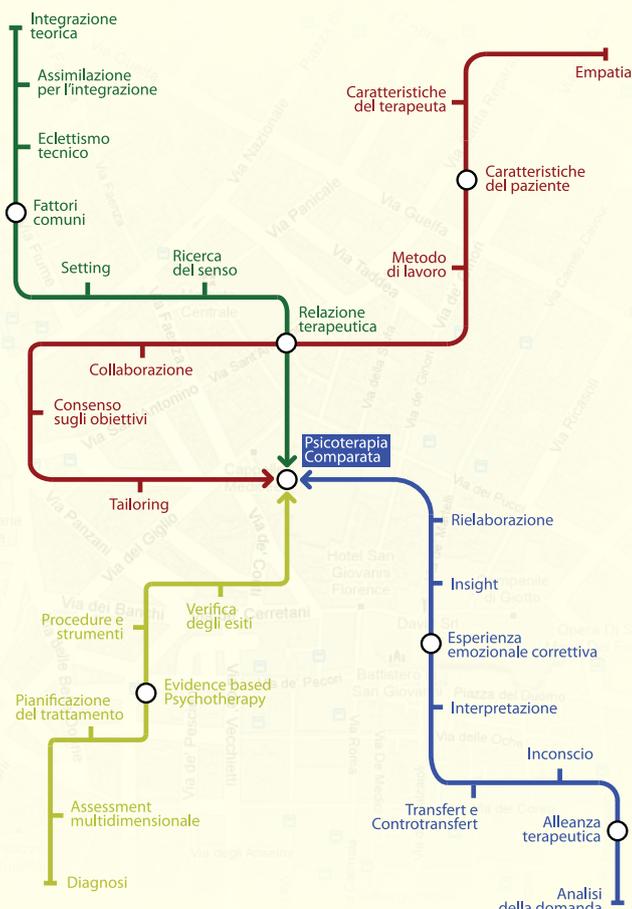
modalità di iscrizione: 3 colloqui con 3 terapeuti didatti della Scuola

prossima edizione: gennaio 2014 - dicembre 2017

costi: 410 euro al mese (ad esclusione della psicoterapia didattica individuale)

accreditamenti e riconoscimenti: MIUR - Ministero dell'Università e della Ricerca

rilascia: Diploma di Specializzazione in Psicoterapia



Master in Mediazione Familiare

durata: 260 ore

frequenza: 11 weekend

sede di svolgimento: Firenze

destinatari: laureati almeno triennali in area psicologica, giuridica, pedagogica, umanistica, sociale, medica

modalità di iscrizione: compilazione domanda di iscrizione

prossima edizione: febbraio-dicembre 2014

costo: euro 1800

accreditamenti e riconoscimenti: A.I.Me.F. / Forum Europeo della Mediazione Familiare

rilascia: Attestato e certificato di frequenza

Sede di Firenze
Tel. 055 2479220
Fax 055 2477263
eMail segreteria@spc.it
www.spc.it



Scuola di
**Psicoterapia
Comparata**

Fondata da Patrizia Adami Rook



LA CURA PSICOANALITICA DEI DISTURBI ALIMENTARI OLTRE IL SETTING INDIVIDUALE

di Stefania Boldrini¹, Francesca Donati¹

¹ *psicologa psicoterapeuta, specializzata presso la Scuola di Psicoterapia Comparata, Associazione Dedalo - FIDA (Federazione Italiana Disturbi Alimentari)*

Nella clinica psicoanalitica dei disturbi alimentari, la presa in carico, laddove è possibile, implica la presenza di numerosi soggetti. Il soggetto sintomatico, il soggetto gruppo, il soggetto famiglia. Per ogni soggetto viene pensato il luogo adatto al suo percorso di cura. Per il soggetto sintomatico può essere utile un percorso individuale o un percorso di gruppo, preferibilmente affiancato ad un luogo in cui può trovare spazio l'angoscia della famiglia.

Il piccolo gruppo monosintomatico

Una delle differenze sostanziali tra la psicoanalisi individuale e quella di gruppo risiede nella modalità con cui si svolge il processo terapeutico, nella quale prende vita un luogo in cui ci sono più persone che formano un contesto in cui l'esperienza è condivisa pariteticamente da tutti i membri, compreso il cosiddetto conduttore.

Il gruppo monosintomatico si organizza sulla risonanza emotiva del sentirsi simili tra i simili, dove l'omogeneità del sintomo ha una funzione di contenimento. I pazienti escono dalla convinzione alienante di essere unici al mondo e trovano nel gruppo una legittimazione della propria realtà, che diventa, da qualcosa da negare, qualcosa da raccontare e condividere (Recalcati, 2002).

L'omogeneità ha la funzione di aggregare le persone intorno ad un oggetto, il sintomo, rispetto al quale si identificano (Ripa di Meana, 1995). Questo oggetto, che poi è anche il tema iniziale attorno a cui si sviluppano i primi incontri, permette ad ogni singolo di confermare e comprendere il racconto dell'altro

e anche di arricchirlo del proprio sapere come esperienza della sofferenza (Recalcati, 2002). Dopo tanto rifiuto dell'altro, le persone si ritrovano a vivere relazioni che simbolicamente rappresentano ciò che quotidianamente trovano nel mondo che le aspetta fuori.

Nel gruppo diventa piano piano possibile fare esperienza di una condivisione dove trovano spazio i ritmi individuali. La fragilità della propria identità e i sentimenti dolorosi diventano digeribili collettivamente. Emergono fantasie e ricordi che si inscrivono nella storia, nei pensieri e nelle emozioni del gruppo, permettendo di dare un senso nuovo al passato e al presente e la possibilità di pensare ad un futuro (Recalcati e Zuccardi Merli, 2006).

Il primo giorno di gruppo si manifesta per diversi minuti un silenzio assordante, carico di molte cose: aspettative, paure, pudore, vergogna, dubbio, illusione, disillusione. I primi incontri servono a mettere in parola tutto questo ed è da qui che inizia l'investimento sull'altro a cui affidarsi per ottenere la propria guarigione. Le sedute di gruppo si riempiono di racconti, esperienze, richieste di consigli e il clima è molto disteso e cordiale. Fino a quando si arriva alla fase del rispecchiamento: guardando l'altro, ogni membro vede se stesso, come è, e allora la rabbia che prova verso di sé la mette in atto anche sull'altro, oppure come è stato, e allora la paura di tornare a quel "livello" lo trincerava dietro un muro di ostilità e disprezzo. A questo punto l'unico modo per salvaguardarsi da queste emozioni negative è fuggire, con tentativi più meno espliciti di abbandonare il gruppo: sedute saltate, o passate in silenzio, dichiarazioni di benessere e quindi di necessità di farcela da soli. Fino a quando

non si palesa questa difficoltà nel rispecchiamento e l'evidenza che abbandonare il gruppo, l'altro uguale a sé, significa abbandonare se stessi, o quanto meno la parte di sé che si è presa l'incarico di guarire.

Questo momento è difficile quanto rischioso, perché non tutti si concedono il tempo di stare, o meglio, "sostare" nel desiderio angosciante di guarire e quindi mettono in atto una fuga definitiva. Parliamo di desiderio angosciante, in quanto la guarigione è una condizione sconosciuta rispetto a quello della malattia, e porta con sé le idee mortifere dell'ignoto (Ripa di Meana, 1995).

Se il paziente si dà la possibilità di superare l'impasse, allora le sedute si arricchiscono di nuova autenticità nella relazione e questa autenticità porta ad una condivisione reale degli stati d'animo dei membri e può far finalmente iniziare un lavoro che conduce alla rischiosa sperimentazione del cambiamento. Il rischio corso diviene però affrontabile nel momento in cui si dà valore ai benefici che possono derivarne e anche questi sono facilmente visibili nell'altro e concedono alle personalità più disilluse e rassegnate un momento di speranza.

Il piccolo gruppo è un modo per stimolare i soggetti a ritrovare una convivialità praticabile. Il luogo del convivio è il luogo dove si parla e si mangia. La rottura del piacere del convivio si consuma sganciando la parola dall'atto di mangiare. Il gruppo diventa un luogo che rende nuovamente praticabile uno scambio con l'altro. Si tenta attraverso il gruppo di trattare la tendenza del soggetto alla solitudine autistica del suo godimento. Il gruppo offre la possibilità di sperimentare nuovamente il legame con l'altro, dando parola all'angoscia che ogni legame con l'altro provoca. Attraverso il gruppo si prova a rimettere il soggetto alla tavola dell'altro, in un nuovo convivio dove ciò che circola non è il reale distruttivo dell'oggetto cibo, come oggetto di una passione maledetta, ma la dimensione simbolica della parola.

Lo spazio famiglia

È ormai noto che il disturbo alimentare, più che riferito ad un singolo soggetto, esprime problematiche che investono l'intera famiglia

(Manghi e Pace, 1999; Recalcati, 2002). Per questo si rivela di fondamentale importanza offrire ai genitori un luogo pensato per accogliere la loro domanda. È un luogo di possibilità in cui i familiari possono esprimere le proprie angosce senza rischiare di investire delle stesse il soggetto direttamente interessato, e contemporaneamente iniziare a farsi delle domande. La questione della domanda è il punto di partenza con i familiari, che spesso arrivano chiedendo aiuto per il figlio, senza pensare ad un loro possibile ruolo di corresponsabilità nella manifestazione del sintomo e nel suo radicamento all'interno della famiglia.

Se infatti, dal lato dei figli si è in presenza di un sintomo senza domanda, dal lato dei genitori si ha una domanda senza sintomo, che viene collocato nel figlio col disturbo alimentare. La loro domanda è una domanda vuota perché si sostiene sul sintomo del figlio e non è fondata su un sintomo soggettivo. I genitori si escludono dal processo terapeutico, deresponsabilizzandosi (Manghi e Pace, 1999). È importante che il loro percorso di cura si sviluppi in direzione di una presa di coscienza da parte dei genitori della funzione svolta dal sintomo nelle relazioni familiari, per poi andare a cogliere le implicazioni soggettive che contribuiscono alla costruzione e al mantenimento del disagio.

Si cerca pertanto di operare verso una rettifica della domanda familiare, per fornire strumenti che consentano di limitare comportamenti collusivi col sintomo. Il trattamento della famiglia non coincide con il trattamento dell'anoressia-bulimia del soggetto, ma bensì consiste in una condizione "privilegiata" che facilita il trattamento del soggetto (Recalcati, 2002; 2006).

È opportuno proporre luoghi separati per genitori e figli, con terapeuti differenti e in tempi differenti, per impedire che l'ascolto degli uni vada a sovrapporsi a quello degli altri. Il setting separato ha lo scopo di attuare simbolicamente una prima netta divisione. Restituire ad ogni componente la propria parola è il primo obiettivo da raggiungere. In questo modo ai figli si evita di vivere la presenza del genitore come intrusiva, condizione presente

nello stile delle relazioni familiari, e si facilita simbolicamente la distinzione dei ruoli solitamente sovrapposti e non definiti (Ripa di Meana, 1995). Tutto ciò contribuisce ad alleggerire le tensioni interne alla famiglia: i genitori trovano un luogo alternativo di parola per esprimere le proprie ansie e preoccupazioni, evitando così di gravare sui figli.

Nella cura con soggetti con disturbi alimentari il coinvolgimento dei genitori è pertanto spesso decisivo per il successo o il fallimento della terapia (Manghi e Pace, 1999).

Spesso si presentano al primo colloquio coppie di genitori estremamente angosciati, terrorizzati dall'immagine mortifera del corpo del figlio. La domanda che risuona durante tutto il primo incontro, e rimbomba come un'eco anche in quelli successivi, è: "cosa dobbiamo fare per salvarlo?" (Recalcati, 2006). A partire da questo, si inizia il lavoro sulla costruzione della domanda, che col tempo si trasformerà da domanda vuota a domanda soggettivata. Il confronto diretto della coppia genitoriale in uno spazio protetto offre loro la possibilità di esprimersi liberamente e col tempo gli argomenti maggiormente affrontati passeranno dal figlio, alle relazioni familiari, alla loro relazione, a loro individualmente.

Attraverso la terapia i soggetti possono rendersi conto del senso di cui è investita una domanda che non ha bisogno di risposte ma che si concede il desiderio di abbandonarsi al dubbio. È nella condivisione di questo spazio, che raramente si concedono nel quotidiano, uniti da un comune obiettivo che i genitori si avviano verso la consapevolezza che il sintomo serve a mantenere un equilibrio familiare sicuro anche se portatore di sofferenza. Cominciare a pensare al cambiamento non come agente necessariamente distruttivo, ma come possibile portatore di nuovo benessere può essere il punto di svolta nella fissità del pensiero sul sintomo.

Il sintomo alimentare si costruisce attorno a schemi rigidi, imm modificabili, che si autorigenerano, con risposte certe, facendo apparentemente tornare ogni cosa al proprio posto, senza offrire vie di fuga. Per questo, è utile che il setting terapeutico possa permettere di trovare un luogo dove questa fuga sia

concessa, attraverso alternative capaci di incrinare il senso che il sintomo assume per volgere lo sguardo verso nuove possibilità e verso nuove domande.

Riferimenti Bibliografici

- Manica, M. (2007). *La musica della psicoanalisi. Teorie per la clinica e cliniche per la teoria*. Roma: Borla.
- Manghi, C., e Pace, P. (1999). *Anoressia e Bulimia: il trattamento della famiglia*. Milano: Franco Angeli.
- Recalcati, M. (2002). *Clinica del vuoto*. Milano: Franco Angeli.
- Recalcati, M., e Zuccardi Merli, U. (2006). *Anoressia, bulimia e obesità*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Ripa di Meana, G. (1995). *Figure della leggerezza*. Roma: Astrolabio.

IL SETTING CLINICO IN ALCUNI DEI PRINCIPALI MODELLI TEORICI

di Irene Bonadies, Melania Cerofolini, Luisa Chiarugi, Jacopo Chincoli, Rita
Dinasta, Elisa Innocenti, Francesco Michelotti
dottori in psicologia, tirocinanti post-lauream Scuola di Psicoterapia Comparata

Il termine inglese “setting”, tradotto in italiano significa cornice, composizione, collocazione. Nonostante le molteplici possibilità di traduzione è doveroso sottolineare che tale parola, in tutte le sue sfumature, indica comunque uno strumento di contenimento (cornice) e uno spazio (sistemazione) entro il quale collocare l’oggetto d’interesse.

In psicologia, sia nell’ambito diagnostico sia in abito psicoterapeutico, l’oggetto d’interesse che deve essere contenuto ed incorniciato è la relazione tra psicologo e utente. Si tratta, quindi, di un insieme di norme concettuali ed operative che regolano e delimitano la relazione e tale insieme può essere illustrato rispondendo a quattro fondamentali domande: Dove?, Quando?, Quanto?, Come?.

La risposta alla domanda “dove” indica lo spazio fisico all’interno del quale avviene il contatto, che può variare da uno studio pubblico ad uno privato e può caratterizzarsi da un ambiente ampio e accogliente con riferimenti personali, fino ad un ambiente più piccolo, modesto e scarno, dentro il quale non traspare niente di immediatamente riferibile allo psicologo che lo occupa e vi lavora.

Il “quando” del setting, invece, si riferisce alla durata del processo diagnostico e indica anche il momento nel quale ha inizio la relazione. Esso può coincidere, a seconda degli orientamenti, con il primo contatto telefonico, con la prima stretta di mano oppure con il primo colloquio.

Con il “quanto” s’indica l’onorario. Esso può variare a seconda dei professionisti, ma dovrebbe comunque essere esplicitato e comunicato all’utente direttamente dallo psicologo.

Il “come” del setting comprende, infine, le regole del procedere durante l’accoglienza, il riconoscimento, l’anamnesi e l’organizzazione dei dati. Esso quindi si riferisce alle modalità con le quali si accoglie l’utente nello studio, indica anche le modalità di raccolta dei dati, che può essere caratterizzata dall’esclusivo ascolto attivo, da appunti cartacei o da registrazioni.

Gli orari, la frequenza delle sedute, le modalità di pagamento sopra descritti, vengono però definiti e resi operativi a seconda delle teorie di riferimento dello psicologo.

In letteratura, infatti, il setting viene definito come campo mentale fondato in primo luogo dal terapeuta, rispetto al quale le variabili fondamentali sono: la teoria ed il modello del terapeuta, il pensiero del terapeuta, cioè la sua formazione, la sua personalità, le sue aspettative e le sue motivazioni.

Gli elementi del setting, quindi, hanno origine da una serie di fattori, come l’esperienza del conduttore, il suo taglio formativo, la teoria da lui condivisa e il modo d’interpretare gli eventi.

Origini e storia del setting

Il primo studioso ad usare il termine setting in ambito psicologico fu Winnicott nel saggio del 1941 *L’osservazione dei bambini piccoli in una situazione prefissata*.

Nonostante tale termine non fosse stato utilizzato prima in letteratura ed in ambito clinico, nei sei saggi di Freud pubblicati tra il 1911 e il 1914 erano però già rilevabili due componenti fondamentali del setting: l’atteggiamento analitico e le condizioni materiali nelle quali si svolge l’analisi. Una parte degli scritti di Freud riguardava elementi che si

modificano ed evolvono nel corso dell'analisi; tali scritti facevano cioè riferimento al processo: sogni e contenuti interpretativi. Una seconda parte invece riguardava aspetti della terapia che dovrebbero rimanere costanti e precedono il processo. Tali aspetti sono stati identificati da Freud con le condizioni materiali nelle quali si svolge l'analisi, come, ad esempio, orario e frequenza delle sedute e la posizione sdraiata del paziente. Per Freud quindi il setting rappresentava la cornice necessaria per svolgere l'analisi, le condizioni fattuali all'interno delle quali lo psicoanalista può svolgere la sua professione.

Glover, nel 1938, effettuando un'inchiesta, rivelò però che la maggioranza degli psicologi intervistati, pur ritenendosi favorevoli al rigore nella frequenza e nell'orario delle sedute, attuava poi in realtà una serie significativa di modifiche per quanto riguarda l'atteggiamento analitico, come ad esempio promettere conversazioni telefoniche, avere colloqui con i familiari e prestare libri.

Negli anni '50, quindi, si inizia effettivamente a trattare in letteratura il concetto di setting e a definirne le variabili che lo costituiscono. Heimann aveva notato che era in corso un periodo di cambiamento e di rivalutazione di alcuni elementi essenziali dell'analisi. Nel suo articolo *Sul controtransfert*, lo studioso metteva in evidenza che all'interno della comunità psicoanalitica si stava verificando un cambiamento di atteggiamento nei confronti del controtransfert, che non andava più a occupare la mera funzione di rappresentazione dei conflitti irrisolti dell'analista, ma andava anche a costituirsi come elemento fondamentale del processo analitico. Il controtransfert, considerato anche indice del coinvolgimento emotivo dell'analista, veniva qui considerato vincolato dalla presenza di un luogo in grado di contenere le emozioni e dalla presenza di regole in grado di gestire il vissuto del terapeuta. Tali elementi e regole del procedere andavano a costituire il setting, che diviene essenziale al fine del monitoraggio e al buon esito dell'analisi.

La questione inerente la modifica del setting fu affrontata in modo più scrupoloso anche da Eissler, che nel 1953 introdusse il concetto di parametro. Secondo lo studioso l'interpretazione è lo strumento tecnico

esclusivo della psicoanalisi e viene quindi da lui definito "modello tecnico di base". Tale modello però, in ambito clinico, non è mai sufficiente a superare le situazioni di impasse che spesso si verificano in terapia e l'analista, quindi, interviene introducendo nuovi strumenti che vengono dall'autore chiamati "parametro di una tecnica", che possono essere identificati negli interventi del professionista, come il dare consigli e rassicurazione (Eissler, 1953).

Attraverso il concetto di parametro, Eissler tentò quindi di razionalizzare e regolamentare le modifiche del setting che spesso venivano operate in ambito clinico.

Le due direzioni

Dopo le considerazioni fatte in letteratura e in ambito clinico negli anni Cinquanta, la ricerca e lo studio del setting si muovono in due fondamentali direzioni.

La prima direzione di ricerca prende in considerazione il setting come elemento specifico e necessario all'attività analitica grazie al quale è possibile il processo d'interpretazione. Langs individua due tipi di psicoanalisi: la psicoanalisi del setting sicuro, in cui le regole di base (tariffario, frequenza delle sedute, posizione spaziale degli oggetti nella stanza) vengono mantenute costanti ed invariate, e la psicoanalisi del setting deviante, quando anche solo una delle regole di base del modello vengono trasgredite.

La seconda direzione indaga le problematiche legate al setting in caso di patologie gravi. Balint sottolinea l'importanza degli elementi materiali del setting criticando l'uso dell'interpretazione nelle situazioni di grave scompensamento psicologico. Secondo l'autore infatti, l'interpretazione in questi casi viene vissuta come un'intrusione, un'interferenza tale da non produrre alcun risultato ma che anzi può portare solo ad effetti dannosi.

Negli anni successivi accanto alla psicoanalisi si sviluppano molte altre correnti e modelli, in cui il setting assume sempre grande valore e si costituisce come uno dei più importanti strumenti dello psicologo in ambito clinico. Esso è cornice indispensabile alla relazione in

qualsiasi contesto e in qualsiasi teoria di riferimento.

METODO

L'indagine nasce dall'esigenza di approfondire il concetto di setting clinico nei diversi modelli teorici. Ogni paradigma è stato studiato attraverso un doppio canale: il riferimento teorico alla letteratura e la possibilità di confrontarsi con dei professionisti che ha permesso poi di calare la teoria all'interno della prassi clinica.

È stata proposta una traccia di intervista semi-strutturata a rappresentanti dei vari approcci per indagare la diversa struttura del setting, declinata secondo le dimensioni sopra evidenziate del dove, quando, quanto e come. Gli aspetti relativi alla gestione del pagamento sono stati volontariamente tralasciati perché ritenuti troppo delicati per il contenuto dello studio. Le interviste hanno coinvolto clinici di orientamento sistemico-relazionale, funzionale, cognitivo-comportamentale, transazionale e cognitivo-costruttivista.

La descrizione teorica è dunque accompagnata dagli stralci delle interviste rilasciate dai professionisti.

Le interviste sono state elaborate attraverso l'analisi di contenuto ed i dati ottenuti hanno fatto emergere importanti riflessioni sulle differenze, ma anche sulle analogie, nella struttura del setting all'interno della teoria e della pratica clinica.

Principali paradigmi clinico-teorici

1) Il modello sistemico-relazionale

Il setting sistemico-relazionale consiste nell'insieme degli elementi e delle regole, presentate dal terapeuta e condivise con i membri della famiglia, che definiscono e delimitano il complesso sistema di relazioni in questione e che a sua volta viene definito sistema terapeutico (Cionini, 2001).

Sulla base delle regole sopra citate e anche di specifici obiettivi, concordati fra la famiglia ed il terapeuta in modo consensuale e formalizzati in un contratto esplicito, si sviluppano specifiche

modalità di incontro e di relazione all'interno di un determinato ambito spazio-temporale (Coriedo ed Acri, 2009).

Per quanto riguarda l'ambiente in cui ha luogo il setting sistemico-relazionale e quindi l'eventuale presenza di specifiche caratteristiche fisiche possibili, possiamo affermare che tale setting prevede "una stanza con uno specchio unidirezionale con due terapeuti che stanno uno dentro la stanza, detto psicoterapeuta, e un altro dietro lo specchio, detto supervisore. Solitamente la stanza è composta da sedie, telecamera, microfono e citofono poiché chi sta fuori può chiamare il terapeuta o può intervenire fisicamente. È una stanza, da un punto di vista contestuale, estremamente pulita e scarna. C'è un'impostazione vis-à-vis".

Il setting sistemico-relazionale si inizia a strutturare "praticamente da subito, intendendo con la parola «subito», la prima telefonata, attraverso la quale il terapeuta comunica chi deve venire in terapia, ad esempio la coppia genitoriale o tutta la famiglia. Quindi al primo incontro il setting è già definito".

Un altro aspetto verso il quale siamo interessati riguarda la frequenza prevista per gli incontri. Solitamente il numero previsto è quello di una seduta a settimana, anche se molti terapeuti utilizzano una seduta ogni due settimane. Il motivo di quest'ultima formula nasce nel momento in cui si ha la necessità di far sì che la famiglia metta in atto certi compiti, prescritti dal terapeuta, da svolgere nell'arco di tempo che separa l'ultima seduta da quella successiva. "Nei casi meno gravi o quando le famiglie vengono da lontano, si può anche prevedere una volta al mese".

È fondamentale stabilire in modo chiaro la durata della singola seduta, che di norma è di un'ora. Altri terapeuti sistemici usano limitare il colloquio a 50 minuti.

Lo stile relazionale adottato dal clinico "dipende dal carattere del terapeuta. Non tutti i terapeuti hanno la stessa modalità di porsi nei confronti dei pazienti. Il setting sistemico-relazionale prevede un terapeuta che dirige, che gestisce la comunicazione e che è piuttosto interventista".

All'inizio è importante l'analisi della domanda che si basa sull'individuare chi è l'inviante, il richiedente e il destinatario dell'intervento;

“non sempre il richiedente coincide con l’utente infatti spesso sono i genitori che chiedono terapia per i figli. Tale analisi viene fatta subito, con la prima telefonata, individuando queste tre direttive”.

L’obiettivo è conoscere il ciclo di vita familiare in cui si trova la persona, “perché in base ad esso, al tipo di problema e alla gravità, si decide chi convocare in terapia. Le persone convocate la prima volta possono rimanere sempre le stesse per tutta la durata della terapia, i cosiddetti sottosistemi, oppure possono variare”.

Per l’inquadramento diagnostico si fa molta attenzione al comportamento verbale e non verbale; i sistemi utilizzati sono, in genere, il DSM ma anche l’ICD-10 per una valutazione descrittiva ma anche relazionale. “È una valutazione che fa il terapeuta in base a come il paziente si pone (allo sguardo, all’aspetto fisico), in base ai sintomi ed in base al colloquio e alle osservazioni, però non c’è una testistica oggettiva (può capitare, ma è molto raro). Riguardo alla diagnosi psichiatrica il terapeuta non la restituisce al paziente, diversamente da quella relazionale. Ciò avviene quando viene stipulato il contratto terapeutico e quindi la presa in carico”.

Fondamentale è la condivisione del contratto, che viene “stabilito alla fine delle sedute di valutazione”, in cui si chiariscono le aspettative condivise sul possibile intervento. “Se sono più di una, viene fatta una scala gerarchica di priorità; devono essere realistiche e condivise da tutti coloro che partecipano alla terapia”.

2) Il modello funzionale

La psicologia funzionale si propone di superare la dicotomia mente-corpo, proponendo un modello olistico e integrato, e ponendo l’attenzione sull’organizzazione funzionale dell’organismo, indicando un modello di processo del tipo: stimolo-organismo-organizzazione-risposta (S-O-O-R) (Rispoli, 1993; 1998a; 1998b). Nel corso degli anni ‘90 Luciano Rispoli, fondatore della Società Internazionale di Psicoterapia Funzionale, ha proceduto ad una sistematizzazione teorica del modello funzionale che trae origine dai modelli

psicologici e psicoterapeuti di orientamento dinamico e corporeo (Rispoli, 1991).

All’interno del setting è previsto che siano presenti alcuni elementi fisici: è presente un lettino, o un letto con materasso, o una pila di materassi. Normalmente il primo colloquio si svolge a sedere su delle sedie; sono comunque presenti il lettino o la pila di materassi. Questa configurazione viene mantenuta per i primi tre incontri, in cui viene effettuata una valutazione diagnostica. Il primo colloquio rimane improntato sulla comunicazione verbale, nel secondo e nel terzo incontro viene utilizzato anche il lettino. Successivamente, per la pratica clinica, è preferibile spostarsi in una stanza diversa, “andare in una situazione più calda” che deve essere il più possibile agevole per permettere il movimento al suo interno, quindi senza molto arredamento.

Il primo colloquio rimane basato sulla comunicazione prettamente verbale; all’utente viene illustrato come verrà svolta la pratica clinica nel caso in cui non conosca già il modello. Le sedute individuali durano un’ora con una frequenza di una volta alla settimana, quelle di coppia durano un’ora e mezzo con una frequenza di una volta ogni due settimane. Vengono chiarite le regole ed il contratto, in termini di assenze, costo, obiettivo. Viene anche spiegato il ruolo del lettino all’interno del setting e le modalità con cui sarà svolto l’intervento clinico. La possibilità di venir meno alle regole viene valutata caso per caso; “è possibile venir meno alle regole perché non siamo molto rigidi”, dipende “dalla relazione con la persona. Anche se la regola c’è, viene molto spesso interpretata a seconda delle situazioni”. Il fatto di “andargli incontro fa parte dell’essere considerato del paziente”, una delle Esperienze di Base del Sé (Rispoli, 2004), vale a dire le esperienze fondamentali per lo sviluppo dell’individuo che ogni essere umano deve attraversare per uno sviluppo armonico del Sé.

In caso di assenza dell’utente la regola indicherebbe che in ogni caso il pagamento debba essere effettuato (“il far pagare è una regola, e sarebbe anche giusta”), ma nella pratica non viene applicata quasi mai (“io non faccio mai pagare se la persona non è potuta venire”), specialmente nei casi in cui c’è un

motivo oggettivamente importante (“se non può venire perché c’è un imprevisto”, “quando capita è perché ci sono motivi tipo lavoro”); nel caso in cui invece “si capisce che quella è una situazione per cui va fatta applicare la regola, cioè che è una fuga rispetto alla terapia, si può decidere di far applicare la regola”.

Nella pratica non vi è troppa rigidità anche riguardo al giorno e all’orario (“nella fissità del giorno e dell’orario io personalmente sono abbastanza flessibile”).

L’invio può essere effettuato da altri professionisti (“in un altro studio io lavoro con un omeopata ed è lui che me li invia direttamente”); oppure gli utenti possono avere già un’indicazione (“se l’inviante ha fatto terapia con me tende a mandarlo da me”). In questo caso “si tende a fare un primo colloquio di valutazione” e nel caso in cui il clinico richiesto dal richiedente non sia libero è possibile demandare ad un altro. Solitamente se l’utente “viene accolto da qualcuno, poi viene passato ad un altro terapeuta già con un’indicazione, dopo i tre incontri - di diagnosi, N.d.A. - sennò viene inviato direttamente” ad un altro clinico.

La durata del trattamento può essere predeterminata “per le attività mirate ad un obiettivo concreto, per esempio, nel pacchetto per l’antistress indicativamente c’è un numero fisso di sedute”. “Normalmente non c’è un numero di sedute prestabilite”, dipende dall’obiettivo che clinico e utente stabiliscono insieme e da come si sviluppa il processo clinico e terapeutico. Per quello che riguarda la psicoterapia la durata è anch’essa variabile, ma “sicuramente non può durare più di un paio di anni, dipende da quanto si va in profondità, per esempio gli allievi della scuola - di psicoterapia, N.d.A. - devono fare un lavoro in profondità”.

La psicologia di orientamento funzionale prevede un inquadramento diagnostico specifico del modello e quindi “la diagnosi viene effettuata in base all’inquadramento nel diagramma funzionale”. Nel primo colloquio gli elementi su cui si basa la diagnosi sono “l’anamnesi e l’aspetto fisico; per aspetto fisico si osservano voce, tono, postura, sguardo, si guarda proprio come arriva”. Il sintomo viene preso in considerazione (“ha un significato anche il sintomo”), ma non è l’elemento diagnostico principale (“non ci si basa sul

sintomo, lo si usa per incastrarlo meglio nell’anamnesi, viene inserito nella storia dell’anamnesi, nel vissuto”), che invece è individuato nelle Esperienze di Base del Sé (“quello che si va maggiormente a guardare sono le Esperienze di Base”). Complessivamente la valutazione diagnostica dura tre incontri.

Gli strumenti utilizzati per effettuare la diagnosi sono “una scheda di valutazione diagnostica che comprende sia elementi anamnestici sia azioni da far compiere”, per esempio: “si guarda il respiro, la rabbia, la forza, si conducono immaginazioni guidate della capacità di allentare”. Questo tipo di “pratiche fanno parte delle tecniche funzionali che vanno a guardare i quattro piani” di funzionamento del Sé: cognitivo, emotivo, posturale-muscolare, fisiologico (Rispoli, 1989; 2004). L’aspetto corporeo è coinvolto da subito in questi primi incontri anche perché “viene data subito un’anticipazione di quello che verrà fatto nel proseguimento del rapporto terapeutico”. La valutazione diagnostica che viene restituita all’utente ha lo scopo di far “vedere anche al paziente i problemi”, in modo che il progetto terapeutico e le attività che verranno effettuate nella pratica clinica siano comprese in modo chiaro. È in questo modo che le difficoltà e i problemi rilevati nella diagnosi vengono resi evidenti e sperimentati dall’utente (“è stato fatto anche toccare con mano, sentire (...) che è su questo aspetto che è necessario intervenire, che è lì che non riesce, c’è un aggancio molto più evidente”), piuttosto che attraverso ciò che “viene detto dal terapeuta sulla base dell’interpretazione”.

Lo stile relazionale dello psicologo è “empatico decisamente”. Viene usato il tu, “perché dovendo poi il paziente essere toccato, il dar del lei mantiene un po’ il distacco”. Il rapporto è caratterizzato da varie fasi: nella parte iniziale è “asimmetrico finché il paziente non si affida”; “nelle varie fasi cambia la (...) modalità di relazione”. Nel percorso terapeutico le modalità di relazione hanno uno sviluppo (Rispoli, 1989; 2004), quando il paziente vede il terapeuta come “nuovo genitore prima e come terapeuta in quanto persona in sé e per sé poi, il rapporto rimane sempre asimmetrico, ma diventa da una parte però un po’ più vicino, più paritario”. Nel

complesso la modalità adottata è quella di essere “direttivi però in maniera empatica”.

Per il modello funzionale lo psicologo è libero di portare se stesso all’interno del setting (“noi usiamo davvero molto noi stessi, bisogna essere se stessi, entrare in contatto, si possono portare dentro emozioni”). Per questo motivo di fondamentale importanza è la lettura del controtransfert, “uno strumento indispensabile” per “essere dentro la relazione con coinvolgimento consapevole”; infatti, “nel modello funzionale non è possibile fare il terapeuta senza aver fatto una psicoterapia”, proprio acquisire una consapevolezza personale e la capacità di leggere i vissuti controtransferali per evitare di essere coinvolti nella relazione in modo inconsapevole, “perché si rischia di rimanerci invischiati dentro”.

I contatti fuori dal setting si evitano, “la prescrizione è quella di non avere frequentazioni esterne al setting, non raccontare fatti privati o personali”. Nell’eventualità che si verificano contatti casuali “non c’è una regola specifica”, lo psicologo si adegua al modo di comportarsi dell’utente (“al di fuori del setting [...] non ci conosciamo, a meno che non sia la persona che ci vede e ci viene a salutare”; “se ci si incontra fuori bisogna vedere, logicamente si evita di salutare se si vede che l’altro non ci saluta”).

“Nel setting di coppia ci sono due psicoterapeuti con due pazienti. Viene effettuata una doppia diagnosi, su ciascun individuo e sul sistema coppia”; nei primi tre incontri di valutazione diagnostica le domande riguardano soprattutto gli elementi individuali. Sono previsti due psicologi perché ognuno deve “allearsi con uno dei due” utenti e anche perché, nel caso in cui ci sia “bisogno anche di uno spazio individuale”, “se poi c’è bisogno per ognuno di loro di prendersi un momento per sé, se si vede che ci sono delle cose da approfondire”, uno psicologo può seguire uno dei membri della coppia e l’altro psicologo può seguire l’altro membro, e poi “insieme a quattro; è per questo motivo che si lavora in due, per avere poi la possibilità di lavorare separatamente”.

Nel setting di gruppo la diagnosi viene fatta su ciascuno dei membri e sul gruppo nel suo insieme. La diagnosi funzionale del gruppo

viene fatta a “livello sia di contenuto, sia delle altre aree del sé”; il gruppo viene valutato “come un sistema, per cui si vede se è sbilanciato su quale area del sé, cognitivo, emotivo, posturale, fisiologico”. Gli elementi diagnostici sono diversi rispetto a quelli individuali, per esempio “come fisiologico non si guarda la circolazione del sangue, ma si vede la capacità di movimento, come i membri si muovono in una stanza, come stanno seduti, si fanno spostare, si guarda se fanno tutti un po’ le stesse cose, se sono tutti un po’ chiusi”. La valutazione diagnostica viene riportata nel diagramma funzionale per il gruppo, poi vengono previste le attività da far svolgere (“si fanno fare esperienze là dove ci sono difficoltà”).

La diagnosi funzionale può essere effettuata anche su sistemi complessi, come aziende, organizzazioni, città. Il sistema viene considerato come gruppo, così si evidenziano “quali sono le risorse del gruppo, dove ci arriva meglio, e le aree (...) più carenti”, allo scopo di fare poi “una reintegrazione delle parti”.

L’età dell’utenza non modifica il setting, anche se il setting e il particolare tipo di pratica clinica sono percepiti in modo diverso in base all’età dell’utente. Gli utenti giovani percepiscono il setting come “più amicale”, anche perché le attività cliniche sono variabili e prevedono momenti di utilizzo del corpo e movimento (“con i ragazzi è più facile, invece di parlare li fai solo muovere, quelli vanno a nozze!”). Per gli utenti adulti ci possono essere alcune resistenze, almeno nella fase iniziale (“all’inizio rimangono un po’ interdetti”, “lo tocchi e può rimanere un po’ interdetto”).

Il fatto che ci sia una diffusa “consapevolezza riguardo ad attività sul corpo”, e il lavoro sugli aspetti corporei sia “molto sentito anche come bisogno”, facilita l’accettazione delle particolari tecniche cliniche impiegate nel modello funzionale. È importante anche come il clinico presenta le varie attività “diventa tutto più legato a noi”, “a come ti ci rapporti” “a come glielo presenti, ci sono alcune situazioni in cui prima di toccarlo gli spieghi anche un po’”, che hanno lo scopo di giungere ad “una comprensione di sé, (...) ad una riscoperta”. Gli utenti anziani sono più “concentrati sui dolori”, quindi “si possono avere più rigidità”, ma il tipo

di pratica viene accettata, in particolare rispetto agli aspetti fisiologici “per un discorso di effetto, il fisiologico, che noi usiamo molto nella comprensione, riescono ad accettarlo più facilmente”.

3) Il modello cognitivo-comportamentale

Riprendendo il contributo di Goldwurm (2001) ed integrandolo con le informazioni raccolte dall'intervista, secondo le modalità descritte, cerchiamo di offrire un quadro sintetico del tema trattato in riferimento a questo tipo di orientamento teorico.

L'approccio cognitivo-comportamentale prende in considerazione l'individuo e la sua interazione con l'ambiente; in ambito clinico tale relazione necessita di essere analizzata sia in senso diacronico che sincronico. Nel primo caso l'attenzione viene posta sulla storia e l'evoluzione dell'individuo, dell'ambiente e della loro interazione; al contempo, devono essere considerati gli aspetti stabili di tale schematizzazione (come i tratti personologici, le attitudini, gli schemi cognitivi dell'individuo, la realtà esterna e l'attuale rapporto della persona con essa).

Chiaramente all'interno di questo orizzonte di riferimento, l'interesse del clinico è focalizzato sull'individuo con i suoi pensieri, le sue emozioni e i suoi comportamenti; tali fattori psichici sono interdipendenti fra loro per cui la modificazione di uno di essi produce un cambiamento negli altri (Goldwurm, 2001).

L'ambiente viene comunque preso in esame alla luce delle diverse componenti naturali, culturali e sociali (a livello micro e macro).

Seppur tenendo conto della storia del paziente e della genesi delle sue problematiche, il modello cognitivo-comportamentale concentra l'attenzione sullo stato attuale delle cose, nella convinzione che i cambiamenti siano realizzabili nel “qui e ora” senza che vi sia la necessità di trattare in modo incisivo gli eventi passati.

La sofferenza e le emozioni negative dell'individuo rappresentano spesso il punto di partenza dell'indagine clinica; tuttavia l'analisi delle problematiche portate dal soggetto va oltre questa dimensione.

Nella prospettiva comportamentista l'insieme di comportamenti problematici che causano la sofferenza viene analizzato secondo la concatenazione che li ha resi tali e considerati nell'ottica di un apprendimento disadattivo.

Vengono inoltre indagate le cognizioni che mediano e regolano emozioni e comportamenti; gli schemi cognitivi della persona costituiscono l'organizzazione della conoscenza sulla base dell'esperienza, rappresentando un filtro attraverso il quale viene interpretata la realtà. Diventa quindi di primaria importanza l'individuazione di schemi e modalità di pensiero disfunzionali che contribuiscono alla genesi delle problematiche presentate dalla persona.

L'assessment cognitivo e comportamentale (C/C) si configura come una procedura complessa che non si esaurisce ai primi colloqui; una volta intrapreso un percorso terapeutico infatti si assiste ad un processo valutativo continuo, mirato a monitorare i risultati ottenuti e ad indirizzare le successive scelte terapeutiche. A questo scopo vengono utilizzate frequentemente alcune procedure di automonitoraggio in cui il soggetto registra la tipologia e la frequenza di certi comportamenti e/o dei propri pensieri e delle proprie emozioni.

Il carattere “sperimentale” delle procedure valutative rappresenta una caratteristica fondamentale dell'approccio cognitivo-comportamentale; tale impostazione è ben evidente nell'analisi funzionale in cui un comportamento, nelle sue varie dimensioni, viene posto in relazione con gli antecedenti e le conseguenze del comportamento stesso (modello ABC: Antecedent, Behavior, Consequence).

Tali relazioni funzionali possono essere causali o meno e la loro individuazione è determinante per la formulazione e la verifica di ipotesi cliniche: inizialmente viene esaminato il problema presentato dal cliente, successivamente vengono valutate le circostanze nelle quali compare (antecedenti) e le conseguenze esterne o interne (Galeazzi e Meazzini, 2004).

Il modello C/C prevede, dove sia possibile, la stesura di una diagnosi; in particolare “nel caso in cui vi siano dei sintomi o dei segni che

richiamino una diagnosi specifica, viene fatto riferimento ai tradizionali sistemi nosografici, in particolare il DSM”.

“La stesura della diagnosi parte prevalentemente dal sintomo, tuttavia si configura come una valutazione multistep in cui, per confermare le ipotesi diagnostiche, vengono utilizzati diversi strumenti”. Il mezzo privilegiato è rappresentato dal colloquio clinico da cui si raccolgono la maggior parte delle informazioni; a questo si aggiunge l'utilizzo di inventari, questionari e batterie utili a completare il quadro.

“Generalmente la valutazione diagnostica si effettua in 2-3 incontri: il primo conoscitivo, a cui spesso segue un secondo dedicato alla valutazione testistica e uno successivo mirato all'analisi dei dati, alla restituzione della diagnosi e alla stesura del progetto terapeutico”.

Una volta effettuata la diagnosi “il modello prevede un contratto terapeutico, spesso anche scritto, in cui si propone al cliente un certo tipo di intervento secondo quelli che sono i protocolli specifici per i vari disturbi. Si spiega in che cosa consisterà, i tempi che richiederà e si chiede al cliente e alle eventuali altre persone coinvolte di sottoscrivere un impegno formale a rispettare la frequenza degli incontri e mettere in atto i compiti che saranno eventualmente indicati”. “Nella pratica tuttavia il contratto non viene utilizzato da tutti e la flessibilità nel far rispettare gli accordi dipende dall'impostazione del professionista”.

Anche se il modello teorico di riferimento non prevede specifiche caratteristiche fisiche per il setting, “la prassi vuole che in ambito cognitivo-comportamentale il setting tradizionale sia caratterizzato da un ambiente sufficientemente tranquillo e silenzioso con l'utilizzo di poltrone e scrivania”, in un'impostazione “vis-à-vis con scrivania interposta”; si possono trovare tuttavia delle variazioni data l'assenza di regole rigide imposte dal modello.

“Il setting non è un aspetto preso in considerazione di per sé, tant'è vero che l'approccio cognitivo-comportamentale può essere applicato abbastanza flessibilmente nei setting più svariati; si può passare dal classico studio all'ambulatorio medico”.

In termini temporali “il setting ha inizio dal primo appuntamento, poiché non sono previsti particolari approcci strutturati telefonici o che precedano comunque il primo incontro”.

In merito alla frequenza dei colloqui “nella maggior parte dei casi si ha una cadenza settimanale, salvo situazioni particolari in cui si può arrivare a due volte a settimana”; un'ulteriore eccezione si può verificare “in fase finale del percorso terapeutico, in cui è molto comune incontrarsi ogni 15-20 giorni o una volta al mese”; la durata dei colloqui “è piuttosto fissa e può variare dai 50 minuti ad un'ora”.

In alcuni approcci clinici viene definito un insieme di regole che caratterizzano il setting; nel caso dell'orientamento cognitivo-comportamentale “il modello stesso non esplicita regole fisse, ci sono tuttavia delle caratteristiche della relazione e della pratica che automaticamente si traducono in regole; (...) l'approccio C/C è infatti per definizione estremamente collaborativo e paritetico, di conseguenza il setting è organizzato in modo tale che non vi sia alcun tipo di sbilanciamento esplicito tra psicologo e cliente”. Esistono inoltre delle “raccomandazioni generiche, più o meno trasversali a tutti gli approcci, per cui il setting dovrebbe essere il più possibile riservato, protetto, tranquillo e accogliente”.

La flessibilità dell'approccio C/C consente, qualora se ne presenti la necessità, di variare in modo plastico le caratteristiche del setting; questo significa che “in situazioni particolari lo psicologo può non solo modificare il setting (per es. eliminare la scrivania e sedersi dall'altra parte), ma organizzare all'interno della stanza anche più setting (per es. le due poltroncine con il tavolino e la scrivania con le sedie)”.

“Il setting può inoltre essere itinerante, per cui lo psicologo è libero di muoversi dalla propria postazione tradizionale e accompagnare il cliente, nel caso sia necessario, in contesti problematici”. “Ad esempio è possibile accompagnare soggetti ansiosi o fobici proprio nei luoghi e nelle situazioni in cui scaturiscono le difficoltà” oppure “lavorando nell'ambito dei disturbi alimentari, è possibile incontrare il cliente a pranzo e lavorare all'interno di un locale”.

Un ulteriore aspetto che differenzia le diverse impostazioni teoriche riguarda il grado di libertà del clinico di poter portare aspetti personali (come le proprie esperienze) all'interno del setting; nell'approccio C/C viene lasciata totale libertà al clinico che "valuta di caso in caso quanto questo sia opportuno. La riservatezza non è una regola; l'autoapertura e l'utilizzo dell'esperienza personale rappresentano anzi, strumenti frequentemente utilizzati".

Lo stile relazionale adottato dallo psicologo "è assolutamente collaborativo e cooperativo, per cui il paziente è attore e protagonista del proprio percorso e non un passivo esecutore delle indicazioni che riceve; quindi, un paziente informato, consapevole e costantemente messo a conoscenza delle motivazioni delle sue problematiche e del perché siano necessari certi passi per poter modificare il problema."

Oltre al caratteristico setting individuale, l'impostazione C/C prevede anche la presenza di setting di gruppo ed è ipotizzabile "il passaggio dello stesso cliente da un setting individuale ad un setting di gruppo e viceversa, oppure una compresenza dei due setting."

Nell'approccio C/C i setting di gruppo sono molto diffusi, per la sua protocollarietà e semplicità di applicazione. I setting di gruppo generalmente possono essere distinti in base a due caratteristiche: sono di gruppo per omogeneità di problematica (per es. un gruppo di soggetti agorafobici) oppure per trasversalità di competenze (per es. un gruppo sull'assertività, sulle abilità sociali o sulle strategie di rilassamento) all'interno dei quali possono afferire anche clienti con problematiche completamente diverse. Il setting di gruppo per patologia viene utilizzato poco nella pratica privata poiché è molto meno personalizzabile ed efficace rispetto a quello individuale; viene invece utilizzato nei contesti caratterizzati dalla carenza di risorse (per es. i servizi pubblici). I setting di gruppo per "specifiche competenze" invece sono molto utilizzati anche nella pratica privata, in affiancamento ad uno principale di tipo individuale; in caso di doppio setting quello individuale è riservato ad una dimensione più intrapsichica, quello di gruppo si concentra sulle competenze specifiche".

"La disposizione fisica del setting di gruppo è circolare, con la presenza di un conduttore e spesso un co-conduttore; i partecipanti possono variare da un minimo di 4-5 ad un massimo di 12-13".

Un caso particolare in cui possono verificarsi alcuni cambiamenti nell'organizzazione del setting individuale, riguarda i bambini: "per evidenti motivi legati alla giovane età infatti, il setting deve essere necessariamente personalizzato; la stanza deve avere caratteristiche tali da poter mettere a proprio agio un bambino. Un ambiente che sia quindi meno serio, professionale e più giocoso; generalmente si riducono anche i tempi poiché i 50 minuti sono adeguati per adulti e adolescenti, ma possono rivelarsi eccessivi per un bambino".

Un'ultima precisazione, senza dubbio comune a tutti gli orientamenti clinici, riguarda il fatto che il setting debba rappresentare "un ambiente rassicurante in cui la persona si senta a suo agio e totalmente libera di esprimersi".

4) Il modello transazionale

L'Analisi Transazionale (AT) in primo luogo è una filosofia, una concezione dell'uomo. In secondo luogo, è una teoria dello sviluppo della persona, del suo funzionamento intrapsichico e dei suoi comportamenti interpersonali. Infine, è un sistema in espansione di tecniche interconnesse, finalizzate ad aiutare le persone a capire e cambiare i loro sentimenti e i loro comportamenti.

Generalmente si considerano tre principali correnti di psicoterapia: la corrente psicoanalitica, il cui scopo è l'esplorazione e la consapevolezza o "insight", e non necessariamente il cambiamento; la corrente comportamentale che a partire da Pavlov, si è via via evoluta verso le teorie dell'apprendimento del comportamentismo e del cognitivismo; e infine la corrente umanistico-esistenziale. È evidente, comunque, che queste divisioni in diverse scuole di pensiero sono solamente indicative e non intendono in alcun modo dire che il singolo psicoterapeuta aderisca dogmaticamente e rigidamente a una di esse.

Uno studio approfondito del modello AT mostra come quest'ultima integri in sé aspetti di ognuna delle principali correnti elencate. Come si evince dall'analisi storica di questo modello e dall'analisi della letteratura, l'AT si è sviluppata in molteplici approcci che hanno posto la loro attenzione su aspetti teorico metodologici diversi, tali da produrre tipologie di setting distinti ma non sempre esclusivi o vere e proprie scuole diverse.

La scuola classica (Berne, Steriner) predilige il setting di gruppo berniano, all'interno del quale sono le interazioni che conducono ad un'analisi. La scuola decisionale (Goulding) non è interessata ai processi di gruppo, si interessa alla comprensione dell'impasse dell'individuo, ossia i conflitti che hanno immobilizzato gli stati dell'Io, e alla formulazione e attuazione di nuove decisioni sulla loro vita.

La scuola della rigenitorizzazione (Shiff) dedicandosi alla cura delle psicosi mira attivamente a de-energizzare il genitore patologico per sostituirlo con nuove introiezioni più sane.

Il setting individuale viene privilegiato dalla scuola psicodinamica, la quale dà notevole importanza ai processi di transfert e contro-transfert e nel quale il setting ha la funzione di uno scenario interpretativo.

La scuola di Scilligo di Roma predilige il setting individuale in gruppo, nel quale "il focus è il singolo individuo. Solo se il clinico lo richiede può essere chiesto il supporto del gruppo, per rinforzare una risposta o per feedback senza analizzarne le dinamiche". Il trattamento di gruppo ha sempre cadenza settimanale, ma ha una durata di 3 ore.

Non vanno poi dimenticati i setting familiari e di coppia, nei quali vengono utilizzate diverse tecniche con l'integrazione di diversi approcci. La terapia coi bambini o adolescenti comporta contratti a "tre mani": il bambino e i genitori.

Per tutti gli approcci AT il setting appare rilevante e costituisce un riferimento essenziale per valutare i processi nei loro risvolti relazionali, sia a livello sociale con il clinico e, se in gruppo, con gli altri membri, sia a livello intrapsichico (Cavallero, 2009). La descrizione del setting, e quindi la metodologia clinica, è però uno degli aspetti più trascurati nelle opere di analisi transazionale. L'ambiente fisico nel

quale si svolge la seduta clinica deve avere alcune caratteristiche che Berne (1966) indicava così:

- contenere pochi elementi di distrazione;
- ridurre al minimo i disturbi esterni;
- avere un buon grado di comodità ed intimità.

Nel trattamento individuale, il modello AT "prevede tendenzialmente l'utilizzo di due sedie in una posizione non una di fronte all'altra, ma piuttosto di sbieco, tenendo presente che in genere nell'AT si utilizza il registratore, per cui c'è una certa vicinanza, in modo tale da poter cogliere le due voci. Ciò che assolutamente non è tipico è la scrivania per dividere, ci possono essere colleghi che la usano ma non è tipico".

Nel trattamento di gruppo, la sistemazione delle sedie è molto importante: devono essere disposte in modo circolare, con una distanza l'una dall'altra di circa un braccio affinché non si generino isolamenti tra i componenti del gruppo.

Il clinico svolge la funzione di osservatore, sarà posizionato in un angolo e avrà a disposizione dietro di sé una lavagna, dove sarà possibile annotare ciò che il gruppo ritiene importante per il gruppo stesso (Novellino, 2004).

"In AT, il setting si struttura dal primo contatto con la persona, a volte anche dal primo contatto telefonico".

Le sedute individuali sono settimanali, di 50 minuti circa. "Gli incontri finalizzati al sostegno psicologico, dunque non volti al cambiamento, non possono essere più di cinque e non ravvicinati perché il problema, generalmente, è circoscritto ad un'area specifica e nasce dall'esigenza di una maggiore conoscenza delle risorse per gestirlo".

La metodologia di intervento dell'A.T. "si fonda sulla contrattualità: il supporto psicologico è visto come un accordo tra professionista e cliente", i quali hanno una "responsabilità congiunta nel lavorare per raggiungere gli obiettivi di terapia definiti in modo chiaro e specifico". È un'impostazione che permette una maggiore autonomia della persona, il sapersi accettare. Una tale concezione della responsabilità permette all'analista transazionale di essere egli stesso percepito come uomo e a non attribuire agli altri, alle circostanze o al caso ciò che dipende da lui.

In modo responsabile dunque si stipula il contratto generale o di contenuto, che è basato sugli obiettivi auspicabili e/o necessari da conseguirsi nel periodo stabilito (Novellino, 2004). Il contratto di seduta ha come finalità un obiettivo specifico: “è la persona a definire la direzione dell’incontro”. Tenendo conto della specificazione del contratto è utile distinguere tra contratto di controllo sociale (ciclo breve di incontri), che consiste in accordi di seduta tesi a risolvere un problema specifico e hanno come obiettivo un cambiamento comportamentale e il suo mantenimento nel tempo, e contratto di autonomia (terapia che può richiedere anni), per cui si intende, invece, quel tipo di contratti in cui la meta della terapia non è solo un cambiamento comportamentale ma un cambiamento del copione della persona, la terapia non è rivolta solo ad un sollievo dai sintomi, bensì alla ristrutturazione della personalità.

Tali contratti in AT sono sempre bilaterali, in quanto il clinico mostra quello che ha da offrire e la persona può ritenere che non è quello che cerca e andarsene (Berne, 1966) o viceversa. Per questa ragione è fondamentale spiegare chiaramente le regole del setting, in particolare, “una regola alla quale il paziente non può esimersi è il suo impegno a collaborare al 50% con il professionista. Così nella pratica transazionale gli aspetti di base si traducono in modo concreto nella pratica contrattuale. La decisione di introdurre un cambiamento spetta al cliente, allo stesso modo dell’obiettivo che si prestabilisce. Il terapeuta o il formatore si affiancano al cliente. Verificano con cura se l’obiettivo è positivo, realista e moralmente accettabile. Se non lo ritengono tale rifiutano di farsi coinvolgere. Se accettano l’obiettivo proposto dal cliente, spetta a loro fissare le regole del lavoro e la scelta dei mezzi, assicurandosi che il cliente li comprenda e li sottoscriva. I personaggi sono in una posizione di uguaglianza ma con rispettivi ruoli. È una relazione in cui le persone sono predisposte all’apertura, alla franchezza e alla sincerità”.

Con il contratto si delineano, pertanto, le mete, le tappe e le condizioni della terapia e si forniscono le regole riguardo a (Berne, 1966; James, 1977; Woollams e Brown, 1978):

- frequenza, orario e costo delle sedute;
- impegno relativo alle assenze e alle vacanze;
- impegno ad evitare di abbandonare la terapia senza preavviso;
- confidenzialità del rapporto.

Data la dipendenza psicologica dal clinico da parte della persona, quest’ultima può essere facilmente portata a percepire queste regole come se costituissero delle prescrizioni genitoriali, quindi come ostacoli a quel processo di fiducia che esse vogliono invece contribuire a costruire (Novellino, 2004). Compito centrale del terapeuta è appunto quello di contribuire a chiarire come le regole siano delle “determinanti tecniche” tese a poter svolgere un lavoro analitico, ossia hanno una valenza metodologica atta a favorire la collaborazione proprio tra gli stati dell’Io Adulti tra i due partecipanti (Cavallero, 2009).

Insieme alle regole vengono fornite, come parte integrante del setting, delle “nozioni metodologiche” che il paziente deve ben comprendere per partecipare alle sedute.

L’infrazione di queste regole da parte della persona evidenzia giochi, comportamenti ricattatori, indirizzati al clinico o al gruppo, estremamente utili ai fini dell’analisi delle relazioni e, per via inferenziale, dell’analisi del copione di vita (Cavallero, 2009). “Il problema sostanziale è che, se è il professionista che non rispetta le regole il rischio è che si mini ciò che è fondamentale, ossia l’alleanza terapeutica; dimostrando incoerenza si va a ledere l’alleanza e diventa molto rischioso. Rischioso perché non avere regole scritte può portare a interpretazioni e fraintendimenti”.

Il modello dell’AT promuove una dimensione relazionale atta a favorire una simmetria positiva (io sono ok, tu sei ok) per creare nuove esperienze relazionali costruttive. Quest’ultime favoriscono un clima collaborativo “sebbene con ruoli diversi. La persona che vive la difficoltà ha le maggiori informazioni su di sé, lo psicologo, che è un professionista, ha gli strumenti per aiutare la persona ad individuare la difficoltà e a modificare il suo stile di vita per accrescere il suo benessere. L’AT, avendo come obiettivo ultimo l’intimità e l’autonomia, prevede che il clinico possa portare i propri stati

interni nella seduta, anche se è sconsigliato che ciò avvenga nei primi incontri”.

Per quanto concerne l'analisi della domanda sono necessari “un paio di incontri per l'esplorazione del problema, perché molte volte il cliente tende inizialmente a non avere chiaro il suo problema”.

La valutazione diagnostica viene effettuata in due, tre colloqui e si concentra su elementi quali: anamnesi, sintomo, comportamento verbale e non verbale della persona. Tuttavia il modello dell'AT non si basa esclusivamente sul sintomo “poiché non interpreta i dati come causa ed effetto, per cui dopo l'esplorazione del problema, il compito del professionista è valutare qual è il funzionamento psicologico che ha portato a quel particolare disagio o difficoltà”. Bisogna diagnosticare quale Stato dell'Io (Bambino, Adulto, Genitore) interviene e qual è il “copione” inconscio che gestisce la vita dell'individuo (Novellino, 2004).

“Il colloquio clinico è lo strumento elettivo utilizzato in AT. Talvolta il professionista si avvale di test clinici quali: MMPI, ANINT (percezione stati del sé) e ESPERO (questionario delle ingiunzioni e contro ingiunzioni). Quest'ultimi sono quadranti del funzionamento in termini AT della Scuola di Pio Scilligo (Dipartimento di Psicologia, Università di Roma “La Sapienza” e Scuola di Specializzazione in Psicologia Clinica, IFREP), ma non tutti i clinici AT della Scuola di Pio Scilligo si avvalgono di tali strumenti”.

5) Il modello cognitivo-costruttivista

La metafora in grado di rappresentare meglio un setting di tipo cognitivo-costruttivista si rivela essere lo scenario di un teatro di improvvisazione. Nel teatro di improvvisazione, a differenza di quello classico, prende corpo in maniera sostanziale il concetto di cambiamento e, in maniera ancora più incisiva, quello di un'interazione che accade nel “qui e ora” per la costruzione di un qualcosa di nuovo, in una continua dialettica tanto nel rapporto tra i soggetti coinvolti quanto nel rapporto tra questi soggetti e i contenuti che prendono di volta in volta rilievo in quanto narrati o agiti (Perussia, 2003; Dotti, 2006). In un setting così inteso, la

persona può esser vista come autore e come attore protagonista: suoi sono i contenuti presentati (la sua storia passata e presente, le persone per lui significative, le sue modalità relazionali, il suo mondo emotivo, le sue aspettative, i suoi conflitti) e sua la scena principale. Il clinico ricopre, in rapporto alla persona, una triplice funzione: quella di regista, in quanto detta le regole e guida; quella di co-attore, nel suo continuo relazionarsi al paziente; quella di osservatore/narratore di ciò che accade di momento in momento, tanto nella vita della persona quanto nel percorso psicologico. Il setting viene quindi a essere il palcoscenico in cui la trama di una rappresentazione unica e personale del soggetto viene dipanata, elaborata e svolta insieme al clinico in una storia nuova e, come nel teatro d'improvvisazione, tale scenario è caratterizzato da una dialettica continua tra stabilità e dinamicità, un'architettura “flessibile ma sicura” che si crea nell'articolazione di elementi stabili e invariati (cosiddetti fissi) e di elementi stabili ma modificabili (cosiddetti mobili).

Il professionista cognitivo-costruttivista pone come assunto centrale del proprio essere nel setting il beneficio psicologico che il cliente deve trarre dalla e nella relazione con la persona che si prende cura di lui (ci si riferisce all'espressione “guadagno terapeutico”; Cionini, 2006).

Andiamo a curiosare nello studio di un clinico, nello scenario del suo lavoro: “una stanza con finestra, posizionata in modo che sia garantito un minimo di ‘isolamento acustico’, sia per i rumori esterni che per la possibilità che da fuori si possa sentire ciò che avviene nello studio, che faccia riferimento a delle categorie percettive generali, spazi troppo angusti o ampi sono sconsigliabili: chiunque entri in una stanza eccessivamente piccola si sente costretto, troppo ampia, invece, potrebbe diventare dispersiva”. Gli elementi materiali che incontriamo sono rappresentati da “due sedie oltre a quella dove solitamente prende posto lo psicologo che consentano di lavorare vis-à-vis sia alla scrivania che senza scrivania, o con un tavolino basso, una poltrona reclinabile o anche un tappeto da utilizzare durante il percorso per specifiche tecniche di lavoro sulle emozioni e tecniche immaginative; infine arredi e

soprammobili devono essere dignitosi, neutri e, possibilmente, accoglienti”. Deve però avere la consapevolezza che, quanto meno lo studio parla esplicitamente di lui, tanto più l’altro troverà spazio all’espressione libera di sé, in un luogo che non sia già ingombro di elementi personali del clinico “lo stile è quello di un professionista che lavora accompagnando l’altro in un lavoro di ricerca in cui solo la persona può fare il ‘ricercatore’. Lo psicologo opera come supervisore, ovvero orientando con le domande l’esplorazione, cercando di facilitare il paziente nell’assumere nuove prospettive, sapendo che il ‘come ci sta’ in prospettive diverse può dirlo solo il paziente stesso. Lo stile è raramente direttivo, prettamente collaborativo”.

Il tempo della seduta deve essere definito contrattualmente ed è cura dello psicologo rispettarlo e far sì che venga rispettato. Lo psicologo come guida e base sicura deve tutelare la persona non solo riguardo alla dimensione spaziale ma anche temporale.

Il setting ha inizio “dal primo incontro o anche già dalla prima telefonata. Nel primo contatto telefonico si ricercano delle informazioni dalla persona, ci sono delle percezioni reciproche importanti tra clinico e paziente, ad esempio il tono della voce, il modo di porsi. Il primo impatto è fondamentale. Le informazioni richieste in genere sono i sintomi della persona, come si sente, altri particolari legati alla durata degli incontri e al costo delle sedute”.

Durante la prima telefonata il clinico prende contatto con la richiesta della persona e con il suo disagio: “il clinico, oltre a farsi un’idea comprende qual è il problema e se può prendere in cura la persona, se a chiamare non è direttamente l’interessato chiedo esplicitamente che richiami il paziente”.

La frequenza prevista per gli incontri è variabile, “dipende da criteri diversi: le possibilità economiche del paziente, la gravità del momento. È difficile prevedere da subito il percorso clinico. È chiaro che la frequenza è sempre revisionabile, in genere settimanale o dalle due volte alla settimana massimo a una volta al mese”. La durata di ogni singolo colloquio clinico varia dai 50 ai 55 minuti.

Le regole fisse del setting sono così presentate: “rispetto di un codice deontologico ed etico

(assoluta segretezza professionale); luogo fisico dell’incontro; durata e costo delle sedute; precedenza al paziente nel turno conversazionale; diritto esclusivo del terapeuta di fare domande; divieto di presa in carico di persone conosciute; divieto di presa in carico di persone emotivamente rilevanti per il paziente, se non chiedendo l’autorizzazione al paziente e ribadendo l’assoluto rispetto del segreto professionale; (per i colleghi anche medici) divieto di assumere contemporaneamente funzioni psicoterapiche e di somministrazione farmaci. Più in generale, ogni elemento del contratto con il paziente diventa una parte di regola del setting”.

Altre regole affrontate in modo più o meno flessibile sono:

- le modalità della comunicazione o di pianificazione degli incontri extra-setting: “ad esempio può capitare di vedere un paziente fuori dallo studio. Non credo che ci sia il rischio di inquinamento. Ci sono dei pazienti, poi, che esprimono esplicitamente l’imbarazzo e la difficoltà relativi ad un possibile incontro con il terapeuta fuori dal setting; in questo caso può diventare una tematica relazionale significativa da affrontare in terapia. Uscire dal setting porta ad affrontare livelli emotivi più difficili da gestire”;
- la forma conversazionale del “lei”: “al di sotto dei 18 anni si usa il tu e funziona bene così; quando si chiede al paziente se si può dare del tu il cambiamento è reciproco, la relazione non deve essere asimmetrica e l’importante è fare metacomunicazione, cioè motivare le scelte”;
- l’esclusione o meno del contatto corporeo;
- non fornire suggerimenti e non rispondere a domande del cliente: “ci sono domande molto intime: quando la persona chiede, in genere, le risposte sono minime, essenziali. L’importante è non invertire i ruoli; se il paziente cerca ulteriormente di approfondire spostando l’attenzione da se stesso al terapeuta, allora si torna sulla persona con una domanda diretta”;
- divieto all’interferenza e all’intromissione di parenti, familiari o conoscenti stretti nel percorso clinico del cliente.

È previsto anche un setting di coppia in cui “è necessario un costante monitoraggio sulla

spontanea ma deleteria tendenza ad allearsi” o eventualmente di gruppo.

Possono verificarsi situazioni in cui il setting venga violato: “il concetto fondamentale è che ci sono due domini di esistenza diversi che non devono essere confusi o sovrapposti, sempre nell’interesse del paziente”.

Il contratto, dimensione imprescindibile del setting, rappresenta la formalizzazione di un accordo tra clinico e paziente relativamente ad aspetti costitutivi e normativi della relazione, “gli elementi del contratto sono vari ed è possibile modularli in base al paziente, alla richiesta che porta e a quanto condiviso in primo colloquio rispetto al lavoro da fare insieme”.

Questi elementi, secondo l’approccio cognitivo-costruttivista sono: la frequenza degli incontri; la durata delle sedute; le modalità di pagamento; le regole di pagamento; gli obiettivi terapeutici; l’eventuale utilizzo di strumenti di audio-registrazione e trattamento dei dati sensibili; la presenza di 3-4 sedute di assessment dopo il primo colloquio; l’eventuale spiegazione del modello di lavoro.

Il contratto non prevede usualmente che si affronti il sintomo in maniera diretta allo scopo di modificarlo, poiché esso viene considerato come una manifestazione del sistema individuale e deve pertanto essere compreso rispetto al suo significato e alla sua funzionalità autoprotettiva.

Le funzioni del primo colloquio sono: permettere alla persona di presentare il suo problema, comprendere qual è la domanda che ci viene posta e quali sono le aspettative, definire implicitamente le dimensioni fondamentali della relazione.

Al primo colloquio seguono tre o quattro sedute definite di assessment in cui si ripercorrono, in parte in ordine cronologico e in parte per salienza tematica tutta una serie di esperienze esistenziali e relazionali della storia del cliente (Cionini, 2006).

La funzione dell’assessment è la comprensione-spiegazione delle problematiche presentate “il modello prevede un lavoro di raccolta di storia di vita utile al fine di costruire la ‘sintesi professionale’ del paziente, ovvero una serie di ipotesi (da falsificare in seguito) sui meccanismi

della persona, sulla loro genesi e sulla loro funzionalità”.

La rilevanza della storia di vita non sta tanto nella verità oggettiva degli eventi narrati, quanto nella modalità in cui la persona li ha costruiti nella sua memoria ed è in grado di rappresentarsi nel presente. Ci sono dei casi in cui i familiari possono aiutare il paziente a ricostruire la propria storia di vita: “come il paziente psicotico che in genere viene accompagnato dai familiari, fonti preziose di informazione”.

Le domande poste dal clinico sono uno strumento essenziale del percorso psicologico. Altri strumenti per effettuare la diagnosi “sono il colloquio clinico condotto secondo il metodo fenomenologico-empatico, quello di Jaspers, per mettere in rilievo il vissuto della persona, l’osservazione del paziente, la psicodiagnosi e, in certi casi, il neuroimaging”.

L’obiettivo del processo diagnostico è, quindi, la costruzione di una “teoria del sistema-paziente” che permetta di comprendere l’altro nella sua individualità e specificità, di cogliere la logica interna di funzionamento mentale e conseguentemente di programmare l’eventuale intervento psicoterapeutico. La valutazione diagnostica non ha un tempo ben definito: “non si sospende mai la possibilità di rivedere, revisionare, la diagnosi. La diagnosi di tipo descrittivo fa riferimento ai criteri della psicopatologia descrittiva; poi si passa alla dimensione esplicativa, cioè la psicoterapia vera e propria, utilizzando una cornice di riferimento in cui, almeno una parte dei sintomi, possa acquisire un senso. La diagnosi può essere condivisa con il paziente”.

Il rispetto del setting permette che la relazione clinico-cliente resti sempre affidabile e sicura, mantenendosi aperta al movimento e al cambiamento e dipende da un delicato equilibrio tra una complessità di fattori tra cui sono presenti le caratteristiche del paziente e del terapeuta.

L’aspetto fondamentale è che, nel continuo intreccio di dinamiche personali ed interpersonali, il setting rimanga uno spazio fisico-relazionale protetto: il setting protetto fa riferimento alla “privacy assoluta per tutelare il paziente; idealmente due pazienti non

dovrebbero incontrarsi mai anche se in un ambulatorio è difficile non farlo accadere”.

Il setting, in conclusione, svolge una duplice funzione di tutela della persona ma anche del ruolo professionale del clinico. Lo psicologo è libero di portare se stesso nel setting “fino a dove non esce dalle regole e dall’impostazione della relazione”.

Risultati

1) Dove?

Tutti i modelli fanno riferimento alla possibilità di ospitare l’incontro tra clinico e cliente all’interno di uno spazio che abbia delle precise caratteristiche. Viene descritto, tendenzialmente, come una stanza accogliente, luminosa, non troppo angusta né ampia, può esserci una scrivania che divide il clinico dal cliente oppure solo le sedie messe in posizione obliqua, in modo da poter permettere un’intermittenza dello sguardo se il contatto oculare fisso risultasse troppo pesante per la persona. La tipica posizione vis-à-vis dell’approccio cognitivo-comportamentale, ma anche costruttivista, differisce dal modello funzionale in cui il setting diventa adatto al lavoro corporeo ed in cui la stanza deve essere poco arredata per permettere il movimento e un’utilizzazione dello spazio; nell’orientamento sistemico-relazionale è presente uno specchio unidirezionale e diventa fondamentale la videoregistrazione.

In tutti gli approcci esaminati emerge che il clinico deve essere consapevole dell’impatto che l’organizzazione e la personalizzazione dello spazio possono avere sul cliente, sul vissuto emotivo e sulla relazione. La gestione del setting cambia a seconda del lavoro proposto; ad esempio, la disposizione spaziale della coppia clinico-cliente sottende significati relazionali strettamente correlati alla dinamica clinica. La posizione frontale potrà favorire la collaborazione e la comunicazione; situazioni in cui, invece, la prossimità fisica aumenta faciliteranno un lavoro emotivamente più coinvolgente e profondo.

2) Quando? - Quanto?

Il tempo della seduta deve essere definito contrattualmente ed è cura dello psicologo rispettarlo e far sì che venga rispettato. I vari orientamenti presuppongono, tendenzialmente, un incontro settimanale della durata di 45-60 minuti massimo; l’approccio sistemico relazionale prevede, invece, un incontro ogni due settimane. Tutti i modelli hanno un’impostazione differente tra singolo cliente e lavoro di coppia. Gli incontri, nel secondo caso, diventano uno ogni due settimane e oltre alla frequenza cambiano anche le modalità operative: il clinico diventa più direttivo nella gestione della comunicazione. La frequenza prevista per gli incontri è variabile, si evidenzia la possibilità di intensificare o dilatare i colloqui: in casi particolari si può vedere il cliente due volte alla settimana oppure, tendenza contraria, una volta al mese.

Per la maggior parte degli orientamenti, infine, il setting inizia dalla prima telefonata: durante l’incontro telefonico il clinico prende contatto con la richiesta della persona e con il suo disagio.

3) Come?

Appare evidente in tutti gli approcci che il setting in parte coincide con il contratto. Tuttavia non tutte le sue regole vengono poste in termini espliciti nel primo incontro ed il concetto stesso di setting può essere considerato più ampio di quello di contratto. Fanno parte del setting oltre alle regole relative alla definizione del tempo e dello spazio anche il tipo di contesto collaborativo che caratterizza la relazione, le regole deontologiche relative ai contatti psicologo-cliente e le modalità operative del processo diagnostico, l’assessment e l’uso di strumenti.

Tutti gli orientamenti riconoscono l’importanza fondamentale del contratto come formalizzazione di un accordo tra il clinico ed il cliente riguardo ad aspetti costitutivi e normativi della relazione, premessa necessaria per iniziare e costruire il processo diagnostico (e, successivamente, psicoterapeutico). Gli elementi principali del contratto sono: la

definizione della frequenza degli incontri, le regole di pagamento, la spiegazione del metodo di lavoro, gli obiettivi, la comunicazione relativa all'eventualità di registrare le sedute e al trattamento dei dati sensibili.

Si evidenzia, soprattutto, l'importanza di obiettivi chiari, ben definiti e le aspettative di cliente e clinico devono essere condivise e accettate dagli stessi partecipanti alla seduta; inoltre, si fa riferimento alla figura del "paziente informato": il cliente deve essere consapevole e libero di aderire al percorso clinico. L'analisi transazionale è l'unico approccio che prevede un accordo scritto tra cliente e professionista.

Per quanto riguarda lo stile relazionale la maggior parte dei modelli fa riferimento ad una modalità simmetrica; l'approccio cognitivo-costruttivista e l'analisi transazionale evidenziano la componente di cooperazione e collaborazione, il modello sistemico-relazionale fa riferimento alla direttività del clinico verso il cliente, così come l'approccio funzionale che, per la maggior parte del processo terapeutico è anche asimmetrico.

La finalità del primo colloquio, in genere, è la presentazione del problema oltre all'analisi e alla comprensione della domanda della persona.

All'interno del processo di assessment gli elementi principali su cui si basa la diagnosi evidenziati dalla maggior parte degli approcci sono: la sofferenza riportata dal cliente; gli aspetti legati alla comunicazione verbale e quelli relativi alla dimensione fisica e non verbale (che diventano ancora più centrali negli approcci corporei come quello funzionale); il racconto della storia di vita del cliente; l'anamnesi. Tutti i modelli evidenziano l'importanza di inserire il sintomo della persona in un quadro di riferimento teorico che dia senso alla sofferenza vissuta. Alcuni modelli riconoscono che l'assessment si basa, tendenzialmente, su una diagnosi descrittiva che può prevedere l'utilizzo o la consultazione del DSM; altri utilizzano strumenti specifici dei rispettivi approcci.

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

Il setting è la cornice di riferimento in cui la relazione clinica acquista significato, è una costruzione fisica, mentale e relazionale. La

funzione principale del setting è di tutelare il paziente ed il clinico all'interno della relazione e del processo di diagnosi e di cura.

Dai dati della ricerca emerge che il setting clinico è costituito da regole chiare ed esplicite. Nella pratica le regole possono essere rese flessibili con consapevolezza, in alcuni casi, in funzione della relazione tra il clinico ed il paziente, considerandone l'utilità ai fini della comprensione e del contenimento della sua sofferenza.

Nonostante le differenze riscontrate nelle varie caratteristiche dei modelli clinico-teorici analizzati, la relazione risulta fondamentale, condizione necessaria per lo svolgersi del processo terapeutico. La relazione si costituisce attraverso l'accettazione responsabile delle regole del setting clinico e la condivisione degli obiettivi terapeutici.

In letteratura emerge una scarsità di contributi specifici sull'argomento e sarebbero necessari altri studi per approfondire non tanto le differenze tra i singoli approcci, quanto gli elementi comuni legati alle caratteristiche del singolo professionista che permettono il costituirsi di una buona relazione.

Riferimenti Bibliografici

- Berne, E. (1966). *Principles of group treatment*. New York: Grove Press (trad. it.: *Principi di terapia di gruppo*. Roma: Astrolabio Ubaldini, 1986).
- Cavallero, G. (2009). Contenitori, relazioni e contratti. In: Loredio, C. (a cura di), *Il setting in psicoterapia. Lo scenario dell'incontro terapeutico nei differenti modelli clinici di intervento*. Milano: Franco Angeli.
- Cionini, L. (a cura di) (2001). *Psicoterapie: modelli a confronto*. Roma: Carocci.
- Cionini, L. (2006). L'assessment. In: Bara, B.G. (a cura di), *Nuovo manuale di psicoterapia cognitiva, Vol. III*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Cionini, L. e Ranfagni, C. (2009). Dal setting descrittivo al setting funzionale: regole di improvvisazione nel gioco della terapia. In: Loredio, C. e Acri, F. (a cura di), *Il setting in psicoterapia. Lo scenario dell'incontro terapeutico nei differenti modelli clinici di intervento*. Milano: FrancoAngeli.
- Coriedo, C. e Acri, F. (2009). *Il setting in psicoterapia. Lo scenario nei differenti modelli clinici di intervento*. Bologna: FrancoAngeli.
- Dotti, L. (2006). *Storie di vita in scena. Il teatro di improvvisazione al servizio del singolo, del gruppo, della comunità*. Torino: Ananke.
- Eissler, K.R. (1953). The effect of the structure of the Ego on psychoanalytic technique. *JAPA*, 1, pp. 104-143 (trad. It: Effetto della struttura dell'Io sulla tecnica

- psicoanalitica. *Psicoterapia e Scienze Umane*, XV, 2, 1981, pp. 50-79).
- Galeazzi, A. e Meazzini, P. (2004). *Mente e Comportamento. Trattato italiano di psicoterapia cognitivo-comportamentale*. Milano: Giunti Editore.
- Galli, P.F. (1988). Le ragioni della clinica. In: Trentini, G. e Vigna, C. (a cura di), *La qualità dell'uomo: filosofi e psicologi a confronto*. Milano: FrancoAngeli.
- Goldwurm, G.F. (2001). La psicoterapia comportamentale e cognitivo-comportamentale. In: Cionini, L. (a cura di), *Psicoterapie. Modelli a confronto*. Roma: Carocci Editore, pp. 85-109.
- Goulding, M. e Goulding, R.L. (1983). *Il cambiamento di vita nella terapia ridecisionale*. Roma: Astrolabio Ubaldini.
- James, M. (1977). *Techniques in T.A.* Menlo Park: Addison Wesley.
- Novellino, M. (2004). *Psicoanalisi transazionale*. Milano: FrancoAngeli.
- Perussia, F. (2003). *Theatrum psychotechnicum. L'espressione poetica della persona*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Rispoli, L. e Andriello, B. (1989). *Psicoterapia corporea e analisi del carattere*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Rispoli, L. (1991). Storia, sviluppi e prospettive della psicoterapia corporea. In: Peresson, L. (1991), *Il corpo in psicoterapia*. Padova: Cisspat.
- Rispoli, L. (1993). *Psicologia funzionale del Sé*. Roma: Astrolabio.
- Rispoli, L. (1998a). La psicoterapia corporea e il suo sviluppo funzionale. In: Cionini, L. (1998), *Le psicoterapie: modelli a confronto*. Roma: Carocci.
- Rispoli, L. (1998b). Verso un modello multidimensionale. In: Ceruti, M. e Lo Verso, G. (1998), *Epistemologia e psicoterapia*. Milano: Raffaello Cortina.
- Rispoli, L. (2004). *Esperienze di base e sviluppo del Sé*. Milano: FrancoAngeli.
- Woollams, S. e Brown, M. (1978). *Transactional Analysis*. Dexter: Huron Valley Institute.

La Scuola di Psicoterapia Comparata è lieta di invitare all'incontro

L'immaginario: fantasie e sessualità



Cosa si intende per “day-dreaming”, fantasie sessuali, immaginario erotico?

E' possibile affrontare scientificamente lo studio di un fenomeno psicologico che è il prototipo della soggettività e dell'evanescenza? Quale approccio, scientificamente accettabile, può essere proposto per lo studio di un fenomeno psicologico la cui importanza è stata più spesso sottovalutata, condannata e/o confinata all'ambito clinico?

L'incontro, tramite la presentazione di uno studio relativo alle fantasie sessuali di maschi e femmine etero-bi-omosessuali col tentativo di evidenziare interessanti differenze di genere, affronterà una tematica che, come confermano i recenti successi editoriali mondiali, coinvolge e riguarda a vari livelli la nostra società. Le teorie darwiniane o quelle socio-ambientali possono fornirci una chiave di lettura?

sabato 18 maggio 2013 - ore 18.00

con **Patrizia Mascari** e **Simona Pecchioli**

Patrizia Mascari, psicologa, pedagoga, docente presso il Dipartimento di Psicologia dell'Università di Firenze. Co-autrice, con Giordano Fossi, del volume “L'immaginario, fantasie e sessualità” (Franco Angeli ed.)

Simona Pecchioli, psicologa psicoterapeuta, Scuola di Psicoterapia Comparata

Scuola di Psicoterapia Comparata – via dei Rustici 7 Firenze
segreteria@spc.it – 0552479220

Ingresso gratuito, prenotazione obbligatoria

 **Scuola di
Psicoterapia
Comparata**
Fondata da Patrizia Adami Rook

Sabato 18 maggio 2013 - Ore 18.00

Per prenotazioni: 0552479220 oppure segreteria@spc.it

Scuola di Psicoterapia Comparata
Via dei Rustici 7 Firenze

IL SETTING IN PSICOTERAPIA COMPARATA

di Elena Chillè¹, Simona Pecchioli²

¹psicologa, psicoterapeuta, specializzata presso la Scuola di Psicoterapia Comparata, ²psicologa, psicoterapeuta, Scuola di Psicoterapia Comparata

Riferendosi alla tradizione psicoanalitica, il setting viene definito da Di Chiara (1986; in Ferrara, 1998) come l'assetto relazionale che l'analista deve tenere per tutta la durata del trattamento ed è funzionale a consentire l'esperienza psicoanalitica, cioè a stabilire un contatto con l'inconscio e con la storia personale del paziente, i conflitti, il transfert. Il tema del transfert concerne per definizione il campo di incontro tra analista e paziente, e il setting è elemento centrale del processo analitico che permette l'instaurarsi del transfert stesso.

Quando parliamo di setting prima di tutto dobbiamo riferirci in termini generali ad una scuola o ad una tradizione, nonché alla concezione dell'uomo che vi è dietro. Poi, in particolare, alla persona che effettivamente sta operando e alla specifica situazione nella quale lo fa.

In tutta la storia della psicoanalisi ci sono state posizioni contrastanti tra quanti hanno scelto modelli rigidi e quanti invece, deviando, hanno proposto relazioni più aperte al coinvolgimento personale. Anche Freud fu sempre indeciso tra una neutralità asettica e rigorosa, da chirurgo, e un atteggiamento umanamente più partecipe (Ferrara, 1998).

Ispirandoci alla tradizione psicoanalitica possiamo parafrasare il concetto di setting definendolo come il complesso dei fenomeni, piuttosto che delle regole, che si verificano durante la relazione e favoriscono gli obiettivi del processo terapeutico.

Il setting terapeutico non esiste in natura, ma è un contesto relazionale artificiale, una costruzione culturale, concettuale, tipica dell'occidente dell'ultimo secolo (da Freud in poi). Esso è caratterizzato da procedure del tutto inusitate rispetto alle comuni relazioni

umane perché è connotato da specularità, neutralità, distanza e astinenza. Come scrive Nathan (1996; in Di Blasi e Lo Verso, 2006), il setting è un quadro tecnico, un dispositivo totalmente "costruito" dal terapeuta entro il quale ciò che accade viene concepito come se fosse "naturale". Attraverso la costruzione del setting il terapeuta crea il suo lavoro ed attraverso questo "legge" il paziente, la sua storia, la sua sofferenza.

È proprio questo aspetto di costruzione che lo caratterizza come una dimensione che, essendo al di fuori delle dinamiche quotidiane, rende possibile la creazione di uno spazio mentale all'interno del quale vengono vissute e condivise vicende psichiche e relazionali significative e profonde. Tale campo mentale, sia esso gruppale, duale, familiare o integrato, non viene definito una volta per tutte, ma si costruisce e si auto-organizza attraverso la rete di comunicazione condivisa tra paziente e terapeuta.

Il quadro procedurale, inoltre, in quanto derivato da specifici vertici teorici, epistemologici e clinici, determina la visibilità e la pensabilità degli eventi che si presentano sulla scena terapeutica: gli accadimenti stessi mutano la loro conformazione e il loro significato in base al setting in cui si presentano. Infatti, in funzione di specifici aspetti teorici, metodologici e clinici, ogni psicoterapia focalizza l'attenzione sui modelli di attaccamento, sui conflitti intrapsichici, sulle ideazioni disfunzionali, sulle trasformazioni corporee delle emozioni, sulle relazioni gruppali o familiari, e via dicendo (Di Blasi e Lo Verso, 2006).

Tuttavia, al di là dei vari modelli di psicoterapia, a partire dal lavoro di Frank *Persuasion and Healing* del 1961, il setting viene ascritto a quella tradizione clinica e di ricerca definita dei fattori

comuni. In questo contesto, il setting è un elemento comune a tutti i modelli, come luogo sicuro e socialmente riconosciuto che potenzia il prestigio del terapeuta e la speranza di ricevere aiuto, e che contribuisce all'efficacia della terapia al di là della tecnica specifica. L'uso del setting, oltre a fornire struttura e formalità al processo terapeutico, altra caratteristica che lo contraddistingue dalle altre relazioni umane, favorisce anche le aspettative del paziente e un coinvolgimento attivo da entrambe le parti.

Il setting è costituito da aspetti concreti e psichici che consentono lo svolgersi di quel processo comunicativo che è il colloquio, psicologico o psicoterapeutico che sia (Agosti, 2009). Ma setting dice anche riferimento a regole: per Novellino e Miglionico (1987; in Vercellino, 1998) il setting è l'insieme delle regole che definiscono la natura della relazione terapeuta-cliente, salvo che per certi pazienti più regrediti per i quali il setting simboleggia il terapeuta. Il complesso delle norme spaziali, temporali ed economiche va a delineare gli aspetti materiali, mentre l'atteggiamento e l'assetto mentale dello psicoterapeuta determinano quelli psichici del setting.

Potremmo, in sintesi, definire il setting come l'insieme degli elementi, precostituiti dal terapeuta in base al proprio orientamento, che contribuiscono alla strutturazione di una relazione di tipo terapeutico e del processo a cui tale relazione dà vita e, quindi, alle regole che la rendono possibile, la definiscono e la organizzano (Loriedo e Acri, 2009).

Storia ed evoluzione del concetto di setting

Dal 1905 al 1915 Freud descrive con precisione i principi della cura psicoanalitica che definiscono il setting in cui si sviluppa il trattamento e la natura della relazione che lega il paziente allo psicoanalista (Petrini e Visconti; in Loriedo e Acri, 2009). Fino a questo momento il setting analitico derivava essenzialmente dall'esperienza della pratica ipnotica, ove il metodo, il dispositivo, servivano ad indurre uno stato psichico particolare (il lettino, uno spazio tranquillo e protetto, una relazione a due e un tempo, quello della seduta ipnotica, di un'ora); ma in questa fase il setting psicoanalitico è ancora estremamente elastico.

Una volta abbandonata la tecnica dell'ipnosi, attraverso la tecnica della pressione associativa, Freud scopre il fenomeno della resistenza, pietra miliare della psicoanalisi. La teoria della resistenza si amplia in due direzioni: da una parte si scopre l'inconscio, oggetto della resistenza, regolato da leggi di condensazione e spostamento e il cui contenuto si rintraccia nella teoria della libido; dall'altra parte nasce la teoria del transfert, che porta all'immediata riformulazione della relazione analitica, che deve restare definita in confini precisi e rigorosi.

La risposta tecnica a questa peculiare relazione tra analista e analizzato è il setting: l'analista deve essere uno specchio che riflette soltanto ciò che il paziente proietta, non mostra niente di sé e si limita a restituire al paziente ciò che egli di sé ha proiettato. Nel corso della sua scoperta e continua esperienza del transfert, della sua intensità e complessità, Freud impone un cambiamento radicale del setting, che diventa da "non definito" a rigoroso, in quanto così strutturato permette una maggior precisione nel valutare il transfert. Un setting stabile permette, infatti, di non contaminare il transfert, rendendolo più nitido e trasparente.

A partire dall'allontanamento da Freud, intorno al 1913, Jung apporterà delle modifiche sostanziali sia al setting freudiano che alla teorizzazione di base, di cui le più rilevanti sono una maggiore attività da parte del terapeuta, l'interesse per la situazione attuale del paziente, il passaggio dal divano al vis-à-vis, la riduzione della frequenza delle sedute, l'evitamento della regressione il più possibile e l'importanza data all'ambiente culturale (Petrini e Visconti, 2009; in Loriedo e Acri, 2009). Tali variazioni includono anche il ruolo dello psicoanalista che non può essere un semplice specchio riflettente; esiste invece una realtà "relazione" con cui è necessario fare i conti e inserirla all'interno della valutazione diagnostica del paziente.

Ferenczi, allievo di Freud, rivolge la sua attenzione alla tecnica, ponendo particolare attenzione alla relazione terapeutica: il metodo attivo mira a dare nuovo impulso al processo analitico nel momento in cui ristagna, mediante ingiunzioni e proibizioni dirette. È proprio a seguito delle successive esperienze di Ferenczi

di fronte al problema della stagnazione del processo psicoanalitico, che Freud fu spinto ad una maggiore definizione del quadro psicoanalitico per controllare maggiormente gli elementi seduttivi e manipolatori che si sviluppavano nella relazione terapeutica. Quindi fu proprio l'introduzione del corpo nella relazione terapeutica a spingere Freud e la psicoanalisi verso una maggiore definizione del setting (Roccalbegni, 2009). Così, il lavoro psicoanalitico si definisce sempre più come un processo di simbolizzazione in cui rendere analizzabile il transfert: alla capacità dei pazienti di trasferire situazioni antiche e rimosse nella relazione terapeutica presente, corrisponde la capacità dell'analista di restituire loro la loro storicità affettiva e il loro senso perduto. A questo fine vengono definiti alcuni punti del quadro: la sospensione della motricità, che implica una teoria della simbolizzazione come interiorizzazione dell'atto, trasformato dunque in pensiero; la rarefazione percettiva visiva; la restrizione della comunicazione al solo campo verbale; la posizione ritratta dell'analista, che crea uno spazio vuoto che simbolizza la perdita e l'assenza; il divieto del contatto. Come si vede da questi punti costitutivi, il setting freudiano serviva a rendere leggibile la relazione transferale attraverso l'introduzione di una serie di limiti che obbligavano la relazione all'utilizzo del solo canale verbale.

Negli anni '50 si apre un grosso dibattito che lega lo studio del setting a quello dei processi transferali e controtransferali che si attivano nella relazione psicoanalitica. Ne fanno parte, ad esempio, la Klein (1953) con l'applicazione della psicoanalisi del gioco nella terapia con i bambini, Winnicott (1955) che mette in discussione il setting freudiano se usato con pazienti non nevrotici, ma con bambini e adulti che hanno strutturato un falso Sé, Bion (1961) con i suoi studi sui piccoli gruppi, Bleger (1967) con l'applicazione del setting psicoanalitico a pazienti borderline o psicotici (in Roccalbegni, 2009).

Alexander, allievo di Ferenczi, teorizza quella che viene definita esperienza emozionale correttiva, secondo la quale non è il semplice ricordo di un avvenimento che guarisce un paziente dalla sua nevrosi, ma la riviviscenza di una esperienza correttiva che distrugge l'affetto

dell'esperienza originaria (Petrini e Visconti, 2009; in Loriedo e Acri, 2009). Tale metodo era preceduto da una valutazione diagnostica della personalità del paziente, in modo che il terapeuta potesse valutare la modalità di intervento più idonea, allo scopo di provocare una nuova esperienza emotiva destinata a correggere i traumi del passato in un'ottica riparatrice. Le misure proposte da Ferenczi e Alexander avevano lo scopo di aprire il setting psicoanalitico alla realtà esterna (Petrini e Visconti, 2009; in Loriedo e Acri, 2009).

Winnicott (in Bleger, 1967) definisce il setting come l'insieme di tutti i dettagli della tecnica psicoanalitica. Nel caso di trattamento di pazienti con un falso Sé il setting diventa un elemento fondamentale, più importante dell'interpretazione; diventa cioè il contenitore che permette al passato del paziente di essere il presente nello studio dell'analista. C'è per la prima volta nella vita del paziente l'occasione che si sviluppi un Io, che esso si instauri come Io corporeo, e anche che, iniziando a relazionarsi con gli oggetti, si opponga a un ambiente esterno. Il setting, nel lavoro di Winnicott, diventa ancora più importante, perché diviene il contenitore del processo di strutturazione dell'Io passando attraverso l'organizzazione dell'Io corporeo. Quindi nel setting entra a pieno titolo il corpo come primo organizzatore dell'Io.

Un'idea molto simile è quella di contenitore di Bion (1962; in Etchegoyen, 1986), che può essere applicata al processo analitico. Bion (1963) pensa il setting come un contenitore entro cui il paziente porta ed elabora insieme all'analista i propri vissuti; senza tale contenitore, la "cura" diventa impossibile. Nella teoria del contenitore di Bion, il paziente proietta elementi β , mentre la mente del terapeuta è un contenitore con funzione α , ovvero di passaggio dal processo primario alla formazione di immagini oniriche, o di rêverie, la capacità di risonanza con ciò che proietta il paziente, in cui è fondamentale il contatto emotivo intersoggettivo. Attraverso essa si decifra l'elemento β e lo si traduce in un linguaggio comprensibile al paziente, al quale lo si restituisce come elemento α . Inoltre, Bion estende lo studio della psicoanalisi

all'esplorazione delle dinamiche dei gruppi, per cui dallo studio della relazione a due si passa a relazioni plurime, al transfert fra due si aggiungono i transfert laterali.

Come si può vedere, il setting psicoanalitico si va trasformando progressivamente in funzione del cambiamento dei bisogni e delle caratteristiche del campo che si va a studiare.

Bleger (1967) adotta il termine situazione psicoanalitica per indicare quel complesso di fenomeni che costituiscono un processo e che include anche un inquadramento, un "non processo", vale a dire un insieme di costanti nell'ambito delle quali avviene il processo stesso; in altre parole, il setting. L'inquadramento dunque corrisponde alle costanti del metodo e della tecnica, il processo all'insieme delle variabili. Nell'inquadramento psicoanalitico viene incluso il ruolo dell'analista, l'insieme dei fattori relativi allo spazio (ambiente) e al tempo (fissazione e mantenimento degli orari, interruzioni concordate), gli aspetti economici (onorario), il contratto analitico.

Esiste un'importante letteratura sulla necessità di mantenere l'inquadramento psicoanalitico, sulle rotture e distorsioni che il paziente provoca su di esso nel corso di qualunque analisi, anche se con gradi e caratteristiche variabili: dal rispetto ossessivo alla rimozione, all'acting out, alla disgregazione psicotica. Anche per Bleger il rapporto analitico è un rapporto simbiotico, ma nei casi in cui l'inquadramento viene rispettato è esso stesso che diventa il depositario della simbiosi, la quale non è presente, allora, nel processo analitico. Secondo Bleger, ci sono in realtà due inquadramenti: quello che l'analista propone, mantiene e viene accettato dal paziente e quello in cui il paziente proietta il suo mondo fantasma. I pazienti portano in analisi il proprio inquadramento, cioè l'istituzione della loro relazione simbiotica primitiva. Per Bleger, l'analista deve accettare l'inquadramento del paziente, ma deve anche tenere presente che questo non vuol dire abbandonare il proprio, senza il quale sarebbe impossibile analizzare il processo e l'inquadramento stesso che diventa processo.

La situazione analitica: relazione, campo e processo

Quando parliamo di situazione analitica, nel linguaggio ordinario intendiamo dire che il trattamento analitico ha un posto, un luogo: l'analisi ha luogo nella situazione analitica. La teoria psicoanalitica distingue una serie di elementi che compongono la situazione analitica (Winnicott, 1955; Bleger, 1966; Donnet, 2001; in Gaddini e Riefolo, 2006) e permettono il processo trasformativo dell'analisi. In sostanza la situazione analitica si compone di un paziente, un analista e il setting. Riconoscendo la situazione analitica come composta da diversi elementi, implicitamente viene riconosciuta la possibilità di altrettanti livelli di transfert (Gaddini e Riefolo, 2006).

Per stabilire la situazione analitica occorre un ambito, il setting, in cui si situano le norme che la rendono possibile. Tali norme hanno la loro ragione di essere nelle teorie della psicoanalisi e dello psicoanalista e sorgono da un accordo tra paziente e analista in funzione di un lavoro che li unisce, che costituisce il contratto analitico. Introducendo nella definizione la nozione di lavoro, si scivola inevitabilmente dalla situazione al processo; ogni lavoro, infatti, implica uno sviluppo nel tempo. In sintesi potremmo dire che la differenza tra situazione e processo sta nella dimensione: la situazione ha un riferimento spaziale, mentre il processo ha un riferimento temporale. Per gestire e controllare la dimensione del tempo è fondamentale considerare la durata effettiva della seduta, la fissazione e il mantenimento del giorno e dell'orario e il valore delle interruzioni. In questo modo, la temporalità interna viene ridimensionata attraverso una dimensione effettivamente misurabile, che si collega al principio di realtà e a concetti quali limiti e possibilità.

Se mettiamo da parte la dimensione temporale, la situazione analitica può essere definita campo, ossia zona di interazione tra organismo e ambiente; in particolare il campo analitico risulta dall'interazione tra paziente e ambiente, che include la persona e il ruolo dell'analista. Diverse tradizioni intendono la situazione analitica come un campo che è allo stesso tempo di osservazione e di interazione:

L'analista non può essere semplicemente un occhio neutrale, ma interviene di fatto e di diritto nella situazione che egli stesso ha contribuito a creare. I due membri della coppia analitica sono legati in modo complementare e nessuno dei due può essere inteso senza l'altro (Baranger e Baranger, 1969; in Etchegoyen, 1986). Questo pone le basi perché si crei, tra analista e paziente, una fantasia condivisa, un fenomeno di risonanza che permette l'insight.

Il setting analitico, dunque, offre le migliori condizioni perché si sviluppi l'insight; infatti, esso ci dà la possibilità di vedere il nostro passato nel presente e riesaminarlo, ci fa vedere in che modo stiamo operando adesso e come, attraverso l'interpretazione, il paziente possa introiettare questo processo. Il campo così inteso non è semplicemente lo spazio della situazione analitica, ma lo spazio dell'interazione.

Elemento fondante della situazione analitica è l'alleanza terapeutica, che ne sta alla base, e dove i cambiamenti esistono, ma sono molto lenti (Etchegoyen, 1986). La costruzione di un'alleanza terapeutica si basa anche sulla capacità dell'analista di cogliere progetti che possono essere terrificanti, mostruosi, distruttivi; naturalmente il problema è poi come anche il processo più pericoloso, il più mostruoso, il più distruttivo possa essere ospitato, trasformato, mitigato e in qualche misura diventare pensabile per il soggetto che lo ha portato.

Altri autori, ad esempio Bleger (1967) e Zac (1971), propongono che la situazione analitica si definisca a partire dal processo. Il processo analitico, per potersi realizzare, ha bisogno di un non processo, una parte fissa e stabile, che è il setting, che si trova così ad essere definito come un insieme fisso di costanti grazie alle quali può avere luogo il processo psicoanalitico. Zac individua tre tipi di costanti: 1) le costanti assolute, che sono presenti in tutto il trattamento e mantengono una relazione diretta con tutte le ipotesi che definiscono la psicoanalisi, quali la stabilità del ritmo di lavoro (frequenza e durata delle sedute); 2) le costanti relative che dipendono dall'analista, quali tratti di personalità, ideologia scientifica, luogo in cui si trova lo studio, stile dell'arredamento, regolamentazione dell'onorario, delle ferie; 3) le

costanti relative che derivano dalla coppia particolare formata da quell'analista e da quel paziente, che danno maggior sostegno ai conflitti di controtransfert, quali la conciliazione dell'ora della seduta in base alle esigenze di entrambi. Una volta stabilite, le costanti relative diventano fisse. Una volta fissate le variabili per costituire il setting, le altre variabili contenute nella situazione analitica genereranno il processo analitico.

Il setting è dunque l'ambito che alberga un contenuto: il processo. Per struttura e organizzazione il processo analitico mette il soggetto di fronte a periodi di contatto e di assenza che condizionano un tipo particolare di angoscia, l'angoscia di separazione, fondamentale nel periodo precoce della vita. In base a questo presupposto teorico, il setting deve essere ideato perché possa fare da contenimento agli imprevisti del contatto e della separazione. Ogni setting influisce sullo sviluppo del processo cui appartiene, e viceversa; di conseguenza non ci può essere alcun processo se non all'interno di un setting.

L'incontro tra terapeuta e paziente si propone quindi come incontro tra due setting diversi, che, almeno inizialmente, hanno bisogno di tempo per entrare in contatto e in sintonia, realizzando esperienze emotive nuove proprie delle singole coppie terapeutiche nell'ottica di un'unicità dei rapporti creata da entrambi gli attori.

Ci sono poi due modi di intendere il setting: come comportamento o come atteggiamento mentale dell'analista, vale a dire introdurre il minor numero di variabili nello svolgimento del processo, fondamentalmente un atteggiamento etico.

All'interno del setting possiamo quindi distinguere due aspetti. Il primo è quello che di solito coincide con l'uso consueto del termine set e corrisponde agli aspetti materiali, quali luogo, tempo, modalità organizzative ed economiche. Potremmo definirlo il setting esterno, sottolineando così la sua posizione rispetto alle persone che vi concorrono. Il secondo aspetto riguarda gli aspetti relazionali, in genere indicati in letteratura con i termini di transfert e controtransfert. Accettare la distinzione del setting in due ordini di fatti,

quelli materiali (esterni) e quelli relazionali (interni), permette di renderci conto di come diversi modelli teorici o diversi momenti della stessa pratica clinica portano ad accentuare l'attenzione agli aspetti materiali o a quelli relazionali. Potremmo immaginare due poli estremi di un possibile continuum: da un lato si situa una posizione che potremmo definire di rigidità procedurale, in cui l'attenzione al setting è rivolta tutta agli aspetti materiali, esterni, organizzativi, che vengono sentiti come condizioni imprescindibili e la cui assenza squalifica le altre operazioni, o addirittura si ritiene che le operazioni terapeutiche consistano nel mantenere un setting e che il mantenimento sia già di per sé terapeutico. Dal lato opposto, possiamo ipotizzare una posizione di "temerarietà relazionale" in cui l'incontro avviene senza la protezione del setting materiale ritenuto uno schermo che disturba la spontaneità dell'incontro, che differenzia le persone relegandole in ruoli di diversa dignità, che ostacola la realizzazione dello scambio (Gaddini e Riefolo, 2008). Ne possiamo dedurre che all'interno del setting si intrecciano aspetti materiali e mentali che consentono lo svolgersi del colloquio.

Il setting come luogo fisico

Gli elementi reali sono sostanzialmente il tempo della terapia, il tempo delle sedute, la frequenza degli incontri, l'onorario del terapeuta, la responsabilità di entrambi nel rispetto degli accordi presi, le sedute mancate, le vacanze, i rapporti extraterapeutici, le interferenze di terze persone, i regali, l'uso di eventuali registratori. Con la definizione di contratto analitico, Freud stabilisce le basi per la definizione del setting. Infatti, è solo a partire da determinati accordi, che si possono richiamare al contratto, che certe variabili vengono fissate come costanti del setting. Le clausole del contratto sono il posto occupato dal paziente in terapia (ad es. lettino o poltrona, posizione frontale o inclinata rispetto al terapeuta); il tempo fisso delle sedute, ovvero frequenza, durata (dai trenta minuti previsti da alcune psicoterapie, alla seduta a tempo indeterminato di Lacan, anche se oggi quasi tutti concordano sui classici cinquanta minuti) e

ritmo (dalle classiche sei sedute freudiane fino alla frequenza monosettimanale); le modalità con cui si ricevono i pazienti e si fanno accomodare in studio; le vacanze e la forma di pagamento.

Dal punto di vista pratico, il setting si istituisce perché offre le migliori condizioni per il lavoro analitico.

Elemento fisico chiave del setting è lo studio, che dovrebbe essere caldo, accogliente e quel tanto personalizzato (Foglio Bonda, 1983; in Di Sauro, 2009); in altre parole deve essere garantita la privacy, l'ordine e la comodità. L'arredamento dovrebbe essere sobrio, confortevole, personalizzato nella giusta misura, ovvero senza elementi troppo chiari della realtà esistenziale del terapeuta, come ad esempio il suo credo religioso. Lo studio può comprendere la scrivania, due o più poltrone poste frontalmente o più o meno a quarantacinque gradi, con un tavolino nel mezzo oppure no, ma al di là di questo è importante che gli elementi della stanza di terapia siano costanti, in quanto in caso contrario si creerebbe una situazione precaria e disturbante.

Altro elemento importante è l'abbigliamento del terapeuta: dovrebbe essere di rispetto per sé e per l'altro, pur senza rinunciare al gusto personale.

Altri fattori costitutivi del setting si pongono in modo tale da determinare le regole e di conseguenza l'alleanza di lavoro o il contratto terapeutico. Per accordo terapeutico o alleanza di lavoro possiamo intendere il rapporto responsabile, razionale e ragionevole che il paziente instaura con il terapeuta e che gli permette di operare nella situazione analitica in modo costruttivo (Grenson-Wexler, 1969; in Di Sauro, 2009). Anche Freud (1913; in Di Sauro, 2009) sosteneva che prima di dare inizio al lavoro principale dell'analisi si dovesse instaurare una relazione efficace. In sostanza il concetto di accordo si andava ampliando, iniziando a sottolineare gli aspetti reali e quelli non reali nella relazione terapeutica (Freud, 1932; Sterba, 1934; 1940; Fenichel, 1941; in Di Sauro, 2009). Inoltre, il concetto di accordo apre la strada ad aspetti di natura tecnica e non, che costituiscono l'insieme delle norme e regole

che paziente e terapeuta stabiliscono. Uno di questi aspetti è sicuramente rappresentato dal progetto diagnostico, quello che è oggi conosciuto come analisi della domanda (Carli, 1993). L'analisi della domanda, vista come aspetto fondante l'accordo terapeutico, comporta la comprensione di quelle problematiche relazionali, tra committenza e utenza, che motivano il ricorso alla consulenza psicologica; di conseguenza rappresenta un momento conoscitivo iniziale sul quale si può e si deve fondare la prestazione professionale (Carli, 1993).

Il setting terapeutico inteso in senso fisico si pone anche in modo sostanziale per costituire un modello di teoria della tecnica, ad esempio il rapporto vis-à-vis e l'uso delle due poltrone (Di Sauro, 2009). Il divano rispetto al vis-à-vis favorisce l'emergere di fantasie inconse perché il paziente non può andare incontro al terapeuta capendo se ciò che dice gli piace o meno a seconda delle sue espressioni facciali, cosa che invece succede se lo guarda in faccia. Il divano è il regno delle libere associazioni, in cui il paziente si sente libero ed esprime le sue fantasie.

Il setting come luogo della mente

Il setting terapeutico non è un luogo casuale, non è e non deve essere improvvisato; nemmeno si pone come assetto solo tecnico o luogo in cui avviene l'interazione. Esso è costituito da tutti gli aspetti relazionali transferali e controtransferali; potremmo dire che è il terapeuta stesso, nel senso che si pone come colui che non collude con il paziente e, dunque, delude tutte le aspettative magiche del paziente stesso, non lo gratifica, arricchendo in tal modo il suo vero Sé. Il terapeuta deve affinare tali capacità in modo da costruire il suo setting di lavoro efficace, in special modo attraverso l'empatia (Di Sauro, 2009).

Come già accennato, del setting fa parte anche l'atteggiamento mentale dell'analista, che dà senso e valore alle costanti e che si definisce come la sua disposizione a lavorare con il paziente realizzando nel miglior modo possibile il compito al quale si è impegnato: esplorare i suoi processi mentali inconsci e farglieli comprendere. Freud rappresentò in due norme

il tipo di atteggiamento che si richiede all'analista: la regola dell'astinenza e la riservatezza analitica. L'analista deve essere uno specchio che non mostra niente di sé, ma riflette solamente ciò che gli viene mostrato; la riservatezza analitica è così necessaria perché possa stabilirsi la situazione analitica. La regola dell'astinenza si riferisce al non gratificare i desideri del paziente.

La disposizione mentale del terapeuta richiede almeno due diversi tipi di competenza. La prima potremmo definirla conoscenza della teoria e della deontologia. La deontologia determina i nostri confini. Ciò che rende l'attività terapeutica diversa da un incontro qualsiasi, tra persone che stanno in relazione, sono le regole che si danno per questo tipo d'interazione. Tali regole non dovrebbero essere esclusivamente personali ma in larga parte condivise dalla comunità professionale degli psicoterapeuti nel contesto giuridico in cui operano. Inoltre abbiamo una teoria con la quale fare i conti, che comunque è un elemento di setting centrale nel terapeuta. Cioè, il terapeuta si accinge a fare terapia sulla base di una teoria che dà senso al suo operare.

La parte interpersonale del setting può essere definita come la parte interna del setting (Sambin, 1998) e riguarda i fenomeni di transfert e controtransfert che si sviluppano nella relazione terapeutica.

Freud (1913; in Gaddini e Riefolo, 2006) considerava il transfert solo come transfert verso l'analista; è Winnicott (1955) a suggerire la presenza, e la possibile prevalenza, del processo transferale verso il setting, in cui l'analista accetta il livello di transfert che il paziente instaura con il setting. Le operazioni sul setting che sono costituite da agiti del paziente, come quello di alzarsi o cambiare posizione, infatti, sono possibili, secondo alcuni autori, a seguito di un transfert che il paziente stabilisce con il setting, riproponendo uno stato affettivo di fondo che, nella sua esperienza, ha sostenuto la sua sospensione evolutiva (Gaddini e Riefolo, 2006). Un transfert sufficientemente compatibile con il setting permetterà all'analista di differenziarsi, poi, dalla sua appartenenza al setting verso una progressiva discriminazione. In questa ottica, l'analista è l'elemento specifico

che può passare dall'appartenere al setting al poter essere discriminato come differenziato da questo. Il transfert sul setting è importante perché decide le modalità da cui parte e con cui si struttura l'incontro. Il ruolo che l'analista si trova a rappresentare nell'incontro e durante il processo sarà deciso autonomamente dal transfert sul setting, non dall'analista e nemmeno dal paziente (Gaddini e Riefolo, 2006). Ciò contribuisce a connotare come specifico il tipo di setting per ciascun processo analitico. È possibile pensare che nel setting ci siano almeno due diversi livelli di transfert che si intersecano continuamente. Il primo livello è ciò che determina il tono e il tema delle associazioni, una sorta di scenografia delle urgenze affettive del paziente: l'aspetto, lo stile di accoglienza dell'analista, le contingenze relative alla seduta, ovvero quegli elementi che si prestano ad accogliere e far progredire le trasformazioni affettive che il paziente riporta poi nel transfert verso l'analista. Il secondo si compie a livello regredito della relazione del paziente con un oggetto arcaico indifferenziato a cui è legato in modo fusionale. Dalla rottura di questa fusione deriva una processualità in cui il setting risalta come oggetto di proiezioni e scissioni. Dal transfert verso il setting emerge poi il transfert verso l'analista (Gaddini e Riefolo, 2006).

Il setting, con le sue costanti, e, al suo interno, la riservatezza analitica, giustifica che per definizione chiamiamo transfert quel che proviene dal paziente e controtransfert la risposta dell'analista, e non il contrario. Il termine controtransfert implica dunque che il punto di partenza è il transfert del paziente. Il setting si istituisce proprio perché al suo interno possano verificarsi entrambi i fenomeni, affinché il paziente sviluppi il suo transfert e l'analista lo accompagni con il suo controtransfert, risuonando a partire da ciò che inizialmente è del paziente; se non si danno queste due condizioni non può svilupparsi il processo analitico. Il setting ordina una relazione nuova e distinta tra paziente e analista, una relazione particolare, non convenzionale e asimmetrica, in cui il paziente comunica le sue esperienze e l'analista risponde a quel che ha detto il paziente soltanto con ciò che ritiene pertinente. Solo così resta definito il tipo di

relazione che si instaura tra i ruoli di paziente e analista. Che sia un elemento del setting o che si identifichi nel setting stesso, la relazione terapeutica è oggi più che mai considerata come la condizione fondante per una terapia efficace. La relazione terapeutica inizia quando paziente e terapeuta si conoscono, a partire dal contatto telefonico. Il primo incontro tra i due avviene generalmente nella sala d'attesa o nello studio dell'analista in cui poi si svolgerà il trattamento. Sembra quindi che sia questo il momento in cui si stabilisce il setting, ove per setting intendiamo il luogo fisico, strutturale e logistico in cui avviene la relazione (Di Sauro, 2009).

Anche gli elementi emotivi rivestono importanza nel setting. Elementi come ritardi o sedute mancate racchiudono riflessioni su significati affettivi e oggetti di realtà. In definitiva il setting, sia gruppal, individuale, di coppia o familiare, si costituisce e si auto-organizza attraverso una comunicazione condivisa tra paziente e terapeuta. Mantenere un setting mentale è fondamentale per regolare le distanze, i ruoli, gli obiettivi, poiché il setting acquista significato solo alla luce del mondo interno del paziente e del terapeuta. Qualsiasi modificazione del setting interviene sulla qualità della relazione e sul processo terapeutico (Suman, 1997; in Gino e Romano Toscani, 1998). Anche nelle psicoterapie che hanno un setting a frequenza monosettimanale, il terapeuta deve mantenere le regole fondamentali e in particolare il suo atteggiamento psicoanalitico (Suman, 1997; in Gino e Romano Toscani, 1998).

I confini

Gabbard e Lester (1999) offrono una visione del setting come confini, facendo riferimento a Kernberg (1995). I confini che hanno in mente sono duplici: quelli tra analista e paziente nella situazione analitica e quelli tra Io e inconscio rimosso sia nel paziente sia nell'analista; quest'ultima considerazione in vista del fatto che le recenti tendenze considerano l'analista come un osservatore partecipe nella situazione analitica, soggetto al controtransfert quanto l'analizzando è soggetto al transfert. Gli autori si riferiscono alle caratteristiche uniche della cornice psicoanalitica, ideata per favorire la più

completa e disinibita comunicazione delle esperienze personali intime da parte del paziente. Nel processo, questa cornice ricrea simbolicamente la natura della relazione edipica. Sempre simbolicamente, la relazione edipica è riprodotta all'interno di una cornice che favorisce la piena esplorazione delle fantasie inconscie e viene riaffermata la stabilità della proibizione della gratificazione diretta dei desideri edipici.

Il processo psicoanalitico si sviluppa entro una matrice di complesse transazioni interpersonali. I confini interni ed esterni, o interpersonali, di chi vi prende parte influenzano e sono a loro volta influenzati dal processo (Gabbard e Lester, 1999). Guardando al processo analitico stesso, sembra possibile ipotizzare che una certa fluidità nei confini esterni dell'analista (capacità di comunicare affettivamente con l'altro) è necessaria al processo terapeutico. Si può quindi pensare che l'empatia richieda una certa permeabilità dei confini interpersonali dell'analista, la quale però non si estende ai confini interni, che, per una adeguata conduzione dell'analisi, devono essere dotati di coesione e stabilità, che promuovono uno scambio ottimale tra analista e analizzato.

I confini dunque possono essere anche visti come le dimensioni interpersonali del setting analitico. È possibile definire la cornice analitica come il contenitore all'interno del quale avviene il transfert (Gabbard e Lester, 1999). Tale contenitore non è rigido, anzi, è un insieme dinamico e flessibile di condizioni che riflettono i continui sforzi dell'analista di rispondere al paziente e di creare un ambiente ottimale per il lavoro analitico. Secondo Langs (1977; in Gabbard e Lester, 1999) la cornice pone i confini della relazione analitica, crea le regole dell'interazione, definisce la natura dei fatti reali e delle fantasie che avvengono, definisce le qualità terapeutiche del campo, contribuisce alla natura della rete comunicativa entro i suoi confini e crea anche ansie particolari in chi ne prende parte. Inoltre, l'autore aveva diviso la cornice in due serie di componenti: 1) i dettagli della comprensione contrattuale del setting analitico (costanti relative che includono elementi quali l'assenza di contatto fisico, la riservatezza, la sede degli incontri nello studio dell'analista, la posizione dell'analizzando e

dell'analista, il pagamento di un onorario prefissato e un accordo su durata e frequenza delle sedute); 2) gli elementi umani che definiscono l'interazione, quali l'accettazione non giudicante dell'analista, il tentativo di capire il significato delle comunicazioni e dei comportamenti, il relativo anonimato dell'analista, la disponibilità del paziente di dire qualsiasi cosa gli venga in mente, l'astensione da gratificazioni inappropriate, l'interpretazione di conflitti inconsci e l'attenzione alla relazione terapeutica.

La cornice analitica crea un'atmosfera di sicurezza, in cui si possono attivare affetti potenti senza paura di contraccolpi o critiche. Secondo Epstein (1994; in Gabbard e Lester, 1999) in buona parte la cornice analitica può essere considerata come l'estensione dei confini esterni dell'analista stesso. Gli analisti stanno continuamente attenti alla differenza tra che cosa sta succedendo nel paziente e che cosa sta succedendo in loro. I confini analitici aiutano in questa funzione rappresentando una sorta di confini interpersonali. Come sani confini dell'Io devono essere abbastanza flessibili da aprirsi in certi momenti e chiudersi in altri; così i confini analitici devono essere sufficientemente flessibili per poter fare aggiustamenti in relazione ai bisogni del processo analitico. Epstein aveva notato che terapeuti con confini eccessivamente labili possono essere inclini a confondere le proprie esperienze interne con quelle del paziente, mentre quelli con confini interpersonali eccessivamente spessi possono essere incapaci di cogliere le comunicazioni inconscie del paziente. Questi analisti sono presumibilmente meno capaci di empatia e di fantasia attiva, per cui possono essere più inclini a cercare soluzioni in azioni concrete.

Le caratteristiche strutturali della cornice, quali il setting dello studio, il pagamento, la durata delle sedute, l'astensione dal contatto fisico e dal fare regali, la posizione del paziente e dell'analista, sono importanti in sé per sé, ma tutte contribuiscono a definire la specificità del ruolo analitico. Secondo Almond (1994; in Gabbard e Lester, 1999) il ruolo analitico permette all'analista di essere soggettivamente e personalmente coinvolto mantenendo allo stesso tempo un certo grado di obiettività come partecipe di una relazione professionale.

Per quanto riguarda i confini interpersonali o esterni, sono state riportate delle differenze legate al genere, quali una maggiore permeabilità nelle femmine, a probabile base biologica e socio culturale (maggiore permeabilità nelle relazioni interpersonali, a tutte le età; minori difese nel permettere la vicinanza e maggior impegno a mantenere i legami interpersonali).

Per quanto riguarda i confini interni non sembrano esistere ancora prove conclusive che confermino differenze legate al genere. Nello studio di Hartmann (1991; in Gabbard e Lester, 1999) si mise in evidenza che le donne avevano confini interni più sottili degli uomini.

Setting e regressione

La regressione fa indubbiamente parte del processo psicoanalitico e contribuisce ad esso. È possibile distinguere due tipi di regressione: quella patologica, caratteristica della malattia, che porta il paziente al trattamento e ha carattere difensivo, di cui si occupò Freud, e quella utile, operativa, che favorisce il lavoro terapeutico. La relazione tra processo psicoanalitico e fenomeni di regressione e progressione può essere spiegata da due posizioni teoriche: quella che sostiene che la regressione dipende dal setting e quella che, al contrario, afferma che la regressione deriva dalla malattia. La prima posizione vede la regressione come una risposta al setting (Psicologia dell'Io), grazie al quale può essere effettuato il trattamento (regressione terapeutica); l'altra (Winnicott) parla di una regressione psicopatologica alla quale il setting analitico si adatta nel modo più razionale possibile, in quanto offre al paziente condizioni altamente favorevoli per reimpostare e risolvere le proprie carenze nello sviluppo.

Dal confronto tra le due scuole di pensiero, sembra emergere che l'analisi, per sua natura, si sviluppa sempre con progressi e regressi che si alternano tra loro, e che non sono creati dal setting. Il setting opera come conflitto attuale, mentre la disposizione del paziente spiega i fenomeni regressivi che compaiono mano a mano, infine l'attività interpretativa dell'analista

porta avanti il processo di crescita e integrazione. Il setting dunque non promuove la regressione, ma la scopre e la contiene.

Violazioni del setting

La rottura del setting consiste in qualcosa che altera in modo brusco ed evidente le norme del trattamento e, di conseguenza, modifica la situazione analitica. A volte la rottura proviene dal paziente, configurando quindi un agito; altre volte deriva da un errore dell'analista o, altre volte ancora, da una circostanza fortuita, come un'informazione non pertinente che il paziente riceve da terzi. Insieme a questa dimensione oggettiva, nella rottura del setting c'è anche la dimensione della fantasia del paziente: il paziente può negare che ci sia stata una rottura, oppure di contro vedere una rottura dove non esiste (Migone, 1999).

I teorici contemporanei concordano nel considerare gli agiti controtransferali dell'analista come inevitabili e in qualche misura utili al processo (Chused, 1991; Renik, 1993; Jacobs, 1993; Gabbard, 1994; in Gabbard e Lester, 1999). Tuttavia, il presupposto è che tali agiti siano parziali e che l'analista si trattiene prima che la messa in atto porti ad una grossolana e non etica violazione del setting. Sebbene spesso da una rottura del setting appaiano configurazioni nuove del materiale portato dal paziente, non è accettabile introdurre variazioni nel setting allo scopo di accedere a problemi fino a quel momento inavvertiti; infatti, ne deriverebbe un artificio che non potrà mai essere analizzato chiaramente e non si può avere la certezza che il paziente reagirà a tali modificazioni nel modo previsto. Tali variazioni segnalano una rottura dell'alleanza terapeutica (Cavallero, 1998).

Le violazioni da parte dell'analista possono essere di tre tipi: motivate, immotivate consapevoli e immotivate inconsapevoli (Loriedo e Acri, 2009). Le violazioni motivate avvengono quando il terapeuta vuole rendere più flessibile il setting, perché il paziente possa poi accettare regole che in prima istanza non accetterebbe. Nelle violazioni immotivate consapevoli il terapeuta sta venendo meno alle regole previste e non ha una motivazione

terapeutica per farlo. Se la trasgressione si mantiene nel tempo, si determina frequentemente un collasso del setting terapeutico, con connotazioni etiche e spesso sanzionatorie. Le violazioni immotivate inconsapevoli sono legate alla particolarità della relazione terapeutica e, pertanto, possono far luce su tali particolarità. L'individuazione di tali infrazioni può offrire al terapeuta la possibilità di comprendere complesse dinamiche relazionali fino a quel momento non conosciute; esse dunque hanno un valore potenzialmente terapeutico.

Il setting dunque non varia secondo il processo, tuttavia subisce l'influenza dell'ambiente sociale nel quale il trattamento si svolge: esso deve essere legittimamente modificato in base agli elementi di realtà alla quale appartiene. Liberman (1970; in Etchegoyen, 1986) denomina metasetting l'ambiente sociale che circonda e opera sul setting. Si tratta di

contingenze che il contratto analitico non sempre contempla in termini precisi, ma che influiscono dall'esterno e dunque il setting si trova prima o poi a dover contemplare.

La richiesta di dare del tu da parte del paziente costituisce una violazione del setting, con cui il paziente tenta di imporre il proprio inquadramento su quello dell'analista (Bleger, 1967). In linea di massima l'analista non dovrebbe dare del tu al paziente, ma può consentire a lui di farlo analizzando questa situazione nel momento dell'analisi che ritiene opportuno.

Tipi di setting

A seconda dei destinatari della terapia, è possibile individuare diversi tipi di setting, come riportato nella tabella sottostante:

SETTING INDIVIDUALE	SETTING DI GRUPPO	SETTING FAMILIARE	SETTING DI COPPIA
<ul style="list-style-type: none"> - relazione duale; - condivisione di obiettivi volti al miglioramento del sintomo e della qualità di vita del singolo, consapevolezza e crescita personale; - alleanza terapeutica, empatia, accettazione non giudicante; - posizione frontale, con poltrone o sedie separate o meno da scrivania o tavolino. 	<ul style="list-style-type: none"> - gruppo con funzione di contenimento della sofferenza dell'individuo; - offre una nuova chiave di lettura della realtà; - favorisce l'ampliamento delle capacità metacognitive dell'individuo; - condivisione degli stati emotivi tesa alla rottura della barriera emozionale; - rispecchiamento e normalizzazione del proprio vissuto emotivo, comportamentale e cognitivo; - consapevolezza e capacità autoriflessiva; - cerchio a terra o seduti su sedie (spazio più o meno strutturato). 	<ul style="list-style-type: none"> - gruppo naturale della famiglia; - soluzione di problemi relazionali e conflitti interni al nucleo familiare; - il terapeuta porta alla luce e modifica le regole segrete, spesso inconsce, tramite le quali la famiglia perpetua la propria disfunzionalità; - possibilità di modificare lo spazio a scopo terapeutico (ad es. creazione di alleanze). 	<ul style="list-style-type: none"> - analisi della struttura interazionale tra due partner (simmetrica o complementare); - possibilità di modificare lo spazio a scopo terapeutico.

Setting e modelli

Il setting differisce a seconda delle cornici teoriche per ciò che concerne il suo significato e gli aspetti costitutivi. I vari indirizzi psicologici, accanto al ricorso agli elementi fondanti del setting, declinano secondo i loro principi teorici alcune variabili di esso, nel senso che teorie diverse presentano particolarità di setting diverse. In altre parole, le regole che si impegnano a rispettare il terapeuta e il paziente costituiscono il setting terapeutico, che differisce ovviamente in funzione degli obiettivi della psicoterapia dei diversi modelli teorici che lo ispirano (Petrini e Visconti, 2009; in Lorigo e Acri, 2009).

Ci sono delle differenze non trascurabili tra setting psicoanalitico e setting psicoterapeutico. I principi del setting psicoanalitico possono essere riassunti in un dispositivo spaziale che è costituito dal divano, dall'atemporalità del trattamento, dalla tecnica delle libere associazioni, dall'attenzione liberamente fluttuante dell'analista, dall'interpretazione, dal transfert, dal controtransfert e dalle resistenze.

Il setting psicoterapeutico è invece caratterizzato sia da una diversa disposizione dello spazio (faccia a faccia) sia da una diversa relazione tra paziente e terapeuta, che diventa un sistema in cui il paziente scambia le proprie difficoltà con le cure del professionista; diventa quindi rilevante la relazione che si instaura tra le due parti a scopo terapeutico (Petrini e Visconti, 2009; in Lorigo e Acri, 2009). Il tipo di indagine è associativo: consiste cioè nel mettere in relazione i problemi attuali del paziente con il suo passato (Petrini e Visconti, 2009; in Lorigo e Acri, 2009). Non è solo il paziente ad avere aspettative e attese rispetto al terapeuta, ma anche viceversa. L'importanza dell'agire sia del paziente sia del terapeuta nel setting è tale che il terapeuta è attento ascoltatore anche del modo in cui il paziente si muove nella dimensione tempo (Petrini e Visconti, 2009; in Lorigo e Acri, 2009). Non è comunque compito del terapeuta determinare un ordine sequenziale, altrimenti non terrebbe conto della catena associativa del paziente, che così ha vissuto il suo tempo, ma è importante dare rilievo al tempo interno, al vissuto.

La cornice di riferimento del setting va dunque a influenzare il significato della relazione tra terapeuta e paziente secondo dinamiche intrapsichiche e interpersonali diverse.

Ma quante più teorie ci sono, tanto più è fondamentale mantenere i capisaldi, come il setting. Non sembra esistere un setting più adatto, ma è importante essere consapevoli che entrando in esso come terapeuti lo influenziamo (Migone, 1999). L'aspetto più importante appare quello di costruire e mantenere un setting mentale al fine di definire i confini all'interno dell'immaginario del paziente e del terapeuta stesso.

In tutti i modelli è possibile comunque rintracciare una distinzione tra aspetti materiali e fisici del setting, definiti "set", e quelli mentali e relazionali (il setting vero e proprio).

Fanno parte del set:

- Contratto terapeutico;
- Posizioni;
- Tempo della terapia;
- Tempo delle sedute;
- Frequenza degli incontri;
- Onorario del terapeuta;
- Vacanze;
- Sedute mancate;
- Rapporti extraterapeutici;
- Regali;
- Uso di eventuali registratori;
- Luogo della seduta.

Del setting mentale invece fanno parte:

- Atteggiamento mentale dell'analista (non collude con il paziente; delude le aspettative magiche; non gratifica);
- Empatia;
- Astinenza e riservatezza analitica (Freud);
- Deontologia (determina i nostri confini tramite regole condivise dalla comunità professionale);
- Transfert (oggetto d'elezione dell'interpretazione);
- Transfert verso il setting;
- Controtransfert dell'analista, che risuona a partire dal transfert del paziente;
- Relazione terapeutica.

Set e modelli

PSICOTERAPIA PSICOANALITICA	<ul style="list-style-type: none"> - Vis-à-vis/lettino - Frequenza da mono a trisettimanale - Durata: 45-60 min. - Onorario: può variare in base alla frequenza, non si richiedono aumenti in corso - Sede invariata - Definizione contrattuale delle ferie - Pagamento delle sedute mancate non spostate per tempo
PSICOTERAPIA COGNITIVO COMPORAMENTALE	<ul style="list-style-type: none"> - Poltrone, tavolino, scrivania - Vis-à-vis - Frequenza monosettimanale - Durata: 1 ora - Homework - Definizione di obiettivi concreti, utili e raggiungibili, probabilità di successo
PSICOTERAPIA COGNITIVO COSTRUTTIVISTA	<ul style="list-style-type: none"> - Vis-à-vis con scrivania/poltrona reclinabile/tappeto/tutta la stanza - Frequenza monosettimanale - Durata: 50-55 minuti - Pagamento delle sedute mancate se non spostate per tempo - Contatti extrasetting solo per spostare la seduta - Definizione degli obiettivi - Riscossione dell'onorario non delegato a terzi
PSICOTERAPIA RELAZIONALE SISTEMICA	<ul style="list-style-type: none"> - Sedie (possibilità di spostarle) - Dal setting di coppia a quello familiare - Definizione degli obiettivi e del tempo della terapia/durata standard - Frequenza monosettimanale o ogni due settimane - Durata: generalmente 1 ora - Contenimento della comunicazione extrasetting - Pagamento delle sedute mancate

Setting come luogo della mente e modelli

PSICOTERAPIA PSICOANALITICA	<ul style="list-style-type: none"> - Attenzione fluttuante, offre ascolto e accoglimento, crea uno spazio intermedio potenziale tra terapeuta e paziente, perché questi possa esperire nuove modalità relazionali - Neutralità - Astinenza - Empatia - Interpretazioni - Spiegazioni, confronti, chiarificazioni e comunicazioni sulla realtà circostante - Transfert/controtransfert
PSICOTERAPIA COGNITIVO COMPORAMENTALE	<ul style="list-style-type: none"> - Atteggiamento direttivo (insegnamenti e consigli) e collaborativo - Atteggiamento empatico e accettante - Uso di tecniche derivate dai modelli di apprendimento per modificare comportamenti, emozioni e cognizioni - Relazione come modello di apprendimento (modalità relazionali)
PSICOTERAPIA COGNITIVO COSTRUTTIVISTA	<ul style="list-style-type: none"> - Atteggiamento di comprensione e spiegazione - Terapeuta come perturbatore strategicamente orientato/uomo come scienziato/base sicura - Relazione di collaborazione e partecipazione attiva - Coinvolgimento emotivo del terapeuta

PSICOTERAPIA RELAZIONALE SISTEMICA	<ul style="list-style-type: none"> - Circolarità terapeuta/famiglia - Contesto collaborativo e flessibile - Esperienze personali e professionali, bisogni e motivazioni, cultura e storia familiare del terapeuta - Risonanza, isomorfismo, convergenza - Orientamento temporale verso il presente
--	---

Setting gruppe

GRUPPO ANALITICO	<ul style="list-style-type: none"> - Dialettica individuo-gruppo sempre attiva - Simmetria interpersonale tra i membri del gruppo - Sintonia/conflitto dei partecipanti verso i conduttori - Riserbo su quanto accade nel gruppo - Divieto di frequentazione e contatti telefonici tra i membri fuori dal setting - Se si forma una coppia, è necessario l'allontanamento dal gruppo di uno dei due - Chi decide di lasciare il gruppo, è tenuto a tornare un'ultima volta per salutare - Probabile comparsa di livelli arcaici di funzionamento psichico - Si mira continuamente alla visione globale - Terapia <i>di</i> gruppo - Risonanza e mirroring
GRUPPO GESTALT	<ul style="list-style-type: none"> - Lavora sul processo (come della relazione) - Relazione plurima e complessa (terapeuta come parte di un campo relazionale) - Gruppo come campo fenomenologico in cui emergono spinte alla differenziazione - Processo autoregolantesi: il terapeuta favorisce la spontaneità dei processi e sostiene l'adattamento creativo dei pazienti - Vitalità del gruppo - Flessibilità della leadership - Capacità di accettare le novità e le diversità tra i membri - Setting come campo concettuale, che fa da sfondo alla relazione terapeutica (dinamica figura/sfondo) - La decisione del paziente è sovrana, in quanto espressione di adattamento creativo - Coinvolgimento personale del terapeuta, come compagno di viaggio nel qui e ora della relazione (self disclosure del terapeuta) - Terapia <i>in</i> gruppo - Risonanza e spontaneità - Emozioni forti che possono portare terapeuti e pazienti a sentirsi legati anche fuori dal setting - Riserbo su quanto accade nel gruppo

Comparazione e setting

Se la psicoterapia comparata non si configura come ulteriore modello chiuso tra i modelli, non si può dare un setting definito che tutti i terapeuti a orientamento comparato devono seguire e allestire rigidamente. È possibile pensare a una flessibilità che deriva dalla possibilità di poter applicare punti di osservazione diversi, derivanti dai diversi modelli del funzionamento umano; infatti il

setting ha molto a che fare con la visione dell'uomo che ogni modello teorizza. La psicoterapia comparata, rifacendosi a una visione psicodinamica, cognitiva, emotiva, sistemica, permette di avere un proprio modello di riferimento, che è dato sia dalla soggettività del terapeuta, sia dal suo stile personale, pur con una base teorica forte dove molto rilievo ha l'analisi didattica personale. Una flessibilità che non infici comunque il rispetto dei capisaldi del setting, in quanto spazio sia fisico che mentale.

Infatti, il setting è rilevante e costituisce un riferimento essenziale per valutare i processi nei loro risvolti relazionali, a livello sociale e intrapsichico.

Partendo dunque dal confronto tra i vari modelli per quanto riguarda il fattore comune setting, in un setting comparato, inteso come organizzazione spaziale della seduta, possiamo ipotizzare la presenza di due sedie separate dalla scrivania, due poltroncine e il lettino, o una poltrona reclinabile, lasciando al paziente la scelta della sua posizione. Il terapeuta assumerà la posizione complementare a quella scelta dal paziente. Questa scelta ci può dare delle indicazioni non verbali sul paziente, sulle sue modalità relazionali, sulla difensività, sulla distanza che mette nelle sue relazioni interpersonali, sulle sue capacità di lavoro psicoterapeutico. Può accadere poi che nel corso della psicoterapia il paziente cambi la sua posizione nel setting e anche questa modifica può essere interpretata in funzione delle fasi del processo, del cambiamento avvenuto e del proseguo della terapia.

La stanza di terapia dovrebbe essere il più possibile stabile nell'arredamento e priva di particolari rivelatori della vita privata del terapeuta, lasciando lo spazio al paziente per esprimersi liberamente.

Per quanto riguarda gli elementi contrattuali, si può ipotizzare come durata della seduta un tempo di 50 minuti, così come il pagamento delle sedute saltate, se non spostate per tempo. Infatti, l'onorario rappresenta lo spazio e il tempo che lo psicoterapeuta dedica in ogni caso all'analisi del paziente, regola la distanza emotiva, sottolinea l'asimmetria del rapporto e l'impegno preso nell'onorare il contratto, permette l'esplorazione delle ambivalenze prodotte dal debito di riconoscenza che il paziente sentirebbe se non pagasse, nonché delle sue difese. Inoltre, è un vincolo anche per il terapeuta, che può misurarsi con gli aspetti aggressivi dell'altro. Dal punto di vista del paziente, sapere che il terapeuta e il proprio spazio in seduta ci sono anche se lui manca, procura a livello interno un senso di rassicurazione e continuità. Tuttavia, si può anche decidere di non far pagare la seduta

mancata, se viene disdetta per tempo, se c'è la possibilità di recuperarla, o se ci sono cause di forza maggiore, da definire però esplicitamente all'inizio, in modo da costruire un rapporto basato su correttezza e alleanza di lavoro. Dunque, anche la richiesta dell'onorario può essere inquadrata nella dimensione affettiva: una parte del successo della terapia è che essa è uno spazio costante, una certezza che assume per il paziente, che ci pensa per tutto l'intervallo di tempo tra una seduta e l'altra, una connotazione affettiva.

Ma quello fisico è solo un aspetto; nella sua accezione più ampia, il setting è costituito da tutti gli aspetti della relazione psicoterapeutica e da tutto quello che accade tra paziente e terapeuta. Perciò la base solida, il contenimento, il limite e lo spazio per la relazione che offre sicurezza, continuità e libertà di esplorazione non sono dati solo dal ritmo e dalla contrattualità, ma anche e soprattutto dalla persona dello psicoterapeuta e le sue capacità di rispetto profondo, ascolto empatico, congruenza e trasparenza. Più importante è dunque lo spazio mentale in cui si svolge l'interazione. Allora il punto di partenza dovrebbe essere lo psicoterapeuta stesso. Si dovrebbero tenere in considerazione l'appartenenza di genere, i tratti di personalità, il temperamento; questi fattori influenzano infatti l'efficacia del trattamento. È importante ascoltare, osservare e avere un riferimento teorico. Quindi, è necessario avere la consapevolezza di come si è, per saper individuare nell'altro la gravità del problema che ci porta. È fondamentale valutare la consequenzialità del suo pensiero, il suo sistema mentale, il suo modo di presentarsi, osservare il suo comportamento non verbale.

La disposizione mentale interna del terapeuta è legata alla sua visione della natura umana, alle sue competenze professionali e al suo essere persona. Si può pensare a un setting che esprima l'essere del terapeuta in modo da sancire una sostanziale congruenza tra la sua identità personale e professionale. La congruenza del terapeuta, importante perché costituisce un modello di identificazione per il paziente, viene per lo più percepita da questo in modo non verbale come genuinità, un fare spontaneo e autentico. Così inteso il setting è

anche espressione delle responsabilità che il terapeuta si assume nella relazione con il paziente.

Il terapeuta dovrebbe inoltre evitare di intervenire con suggestione attiva: tenendo conto che una certa quota di suggestione è sempre presente in qualsiasi trattamento psicoterapeutico, egli dovrebbe adoperarsi per limitarla, non utilizzarla. Il terapeuta dovrà quindi rinunciare a seguire i propri pregiudizi e a perseguire nel trattamento valori personali e il soddisfacimento di propri desideri.

Il processo psicoterapeutico poi sembra facilitato da un clima interpersonale caldo, accogliente e sicuro.

La psicoterapia si costituisce come un'esperienza curativa che si svolge attraverso l'interazione tra soggetti, uno dei quali è lo psicoterapeuta, soggetto che per curare non si serve di oggetti fisici, farmaci o altro, ma psichici, ovvero si relaziona secondo specifiche modalità con il paziente (Adami Rook, 2001). Il terapeuta ha la necessità di individuare il tipo di modello relazionale che il paziente mette in atto nel setting e che è assimilabile al concetto di transfert psicoanalitico. Poi, con l'aiuto del paziente stesso, deve capire a che tipo di esperienza basilare risale questo modo di relazionarsi, individuare quali sono i tratti inadeguati, disadattivi e proporsi nella sua interazione, verbale e non verbale, in modo da disconfermare le attese negative del paziente.

Il setting si caratterizza per il fatto di ricostituirsi, ogni volta ex novo, se non sul piano fisico di certo su quello psichico (Adami Rook, 2001). Infatti, i mezzi psichici con i quali si opera non possono darsi se non nel momento in cui si incontrano il terapeuta e il nuovo paziente, e il setting permette questo incontro.

Definendo il setting come spazio fisico e mentale limitato nello spazio e nel tempo, interagenti tra loro, delimitiamo un "luogo sacro" nel quale si svolge la prassi psicoterapeutica (Giannini, 1994). L'incontro tra due persone (o il gruppo) che stabiliscono una relazione terapeutica in un luogo prestabilito, e il ricrearsi ogni volta della medesima situazione, può far pensare al setting

come archetipo, forma eterna e immutabile della "relazione che cura" (Giannini, 1994), costituendosi così come strumento operativo e condizione necessaria perché si possa parlare di psicoterapia. Si dovrebbe quindi ad un archetipo specifico, o predisposizione innata, l'attivazione della relazione terapeutica, il ritrovarsi nel setting, che può essere meglio definito come campo di forze. In questo modo si evidenzia maggiormente il fatto che i partecipanti, in quanto sistemi psichici, interagiscono e sono mutualmente interdipendenti. È in questo campo totale di forze, attraverso il crearsi di un rapporto emotivo e cognitivo fra terapeuta e paziente, che si attiva la costellazione di complessi, grazie a una predisposizione innata al rapporto terapeutico che va al di là del campo di coscienza e che coinvolge entrambi gli attori. Sta alla capacità e, soprattutto, alla sensibilità del terapeuta riuscire a stabilire una relazione che consenta lo svolgimento del processo di ricerca.

Riassumendo, l'atteggiamento mentale del terapeuta dovrebbe essere costituito da attenzione fluttuante, neutralità ed empatia, accompagnate da uno stile collaborativo. Il terapeuta dovrebbe anche astenersi dal dare gratificazioni immediate, ma offrire supporto, sostegno e conferme, se lo valuta terapeutico per quel paziente in quel momento del processo curativo.

Per quanto riguarda la dimensione tempo, l'orientamento dovrebbe essere preferibilmente sia al passato che al presente, in quanto quello che succede nell'attualità del setting è molto importante; questa consapevolezza permette al terapeuta di "essere terapeutico", gestendo gli elementi del setting, la relazione attuale, in modo da perseguire certi obiettivi. Per una gestione efficace del setting, lo psicoterapeuta dovrebbe riflettere sullo scopo che desidera ottenere e valutare se gli strumenti che impiega sono efficaci per il raggiungimento dei suoi obiettivi (Blow, Sprenkle e Davis, 2007).

La psicoterapia ha veramente molto a che fare con la soggettività, con il "caso per caso", dunque con le variabili soggettive di quel terapeuta e quel paziente che si incontrano e che si influenzano reciprocamente. Così dalla

comparazione emerge l'importanza della relazione terapeutica, ovvero di quello che succede tra paziente e terapeuta ai vari livelli, emotivo, cognitivo, comportamentale e che è un contribuente forte del verificarsi del cambiamento richiesto. È attraverso la comparazione che è possibile guardare all'altro con una pluralità di punti di vista, in maniera trasversale, tale da arricchire e complessificare la conoscenza e la comprensione del paziente. Tra terapeuta e paziente quello che conta è il tipo di atto comunicativo che si svolge a vari livelli della loro comunicazione: logico-analogico, conscio-inconscio, cognitivo-emotivo (Giusti, Montanarella e Montanari, 1995; Panseri, 2005; Sprenkle e Blow, 2004).

Quando definiamo il setting dunque siamo sempre a definire i confini della relazione psicoterapeutica, creando in pratica il contenitore della psicoterapia, lo sfondo dove sarà messo in scena il mondo interno del cliente. Sotto questo punto di vista il setting è indispensabile per facilitare la creazione di un rapporto in cui si realizza la più ampia libertà espressiva possibile: il calore umano, l'accettazione, l'assenza di pressione, aiutano il paziente a contattare la propria autentica esperienza senza timore di doversi difendere dall'altro. L'accoglienza e la libertà sono a loro volta ancorate a limiti precisi che impediscono il realizzarsi di una condizione di eccessiva dipendenza.

Di fondamentale importanza sarà poi anche la relazione affettiva che si crea con il paziente, ovvero il legame terapeutico. Il terapeuta si deve interrogare se è in grado, data la sua personalità, di stabilire legami affettivi.

Pur essendoci momenti privilegiati in cui il terapeuta esprime verbalmente le regole del setting, si può ipotizzare che la definizione di alcuni aspetti legati al setting vengano definiti nel corso del processo, attraverso l'esperienza della relazione dialogica con l'altro. Infatti non solo il processo terapeutico è co-costruito da entrambi, ma in alcuni aspetti anche il setting sembra essere una costruzione reciproca. Quindi è necessario preservare le norme che regolano la relazione, e allo stesso tempo riconcepire soggettivamente il setting

osservando le caratteristiche proprie e del paziente in sintonia con il processo terapeutico. Comunque vengano stabilite le regole del setting, è importante che esse abbiano una chiara definizione, in modo da precisare i ruoli che ciascuno deve giocare all'interno della relazione e garantire il paziente rispetto alle dimensioni fondamentali di riservatezza, assenza di giudizio, disponibilità, non interferenza dei principi, della visione del mondo e dei valori del terapeuta nel percorso che si sta per intraprendere.

La gestione delle emozioni è la forma e la sostanza del lavoro psicoterapeutico. I soggetti che co-partecipano alla relazione non esauriscono con la loro presenza l'esperienza, ma sono contenuti all'interno del campo emotivo e sottoposti alla sua influenza. In quest'ottica, viene ridimensionata la funzione interpretativa come unico motore di trasformazione. La dimensione di campo diventa il nuovo territorio da esplorare (Malavasi, 2001). La consapevolezza dei processi emotivi viene acquisita con maggiore efficacia se il setting terapeutico è caratterizzato da accoglienza empatica e comprensiva (Wachtel e Messer, 1997).

Nella relazione terapeutica, dunque, la valutazione dell'attaccamento del paziente da parte del terapeuta può risultare di estrema utilità, in quanto costituisce un buono strumento di ausilio per individuare la chiave di lettura del paziente stesso e le radici dei suoi modelli relazionali disfunzionali, portando con sé implicite indicazioni circa i cambiamenti che gli stessi modelli dovrebbero subire per alleviare il disagio, cambiamenti che si verificheranno nel tempo. È per questo che in base alla prospettiva della teoria dell'attaccamento, le psicoterapie brevi raramente forniscono una ristrutturazione dei modelli rappresentativi o un cambiamento della qualità delle rappresentazioni dell'attaccamento, non favorendo, a causa proprio della loro brevità, processi di attaccamento sani e curativi tra paziente e terapeuta (Albanese, 2004).

Il tempo più adeguato per la psicoterapia sembra essere almeno un anno, che è un tempo sufficientemente lungo per entrare in un rapporto profondo e sufficientemente breve per non spaventare. La persona ne trae dei risultati,

che gli permetteranno di decidere con consapevolezza se continuare o interrompere la terapia, sulla base di una scelta, di una decisione che deve essere rinegoziata insieme. Dopo circa sei mesi, se non si osservano dei cambiamenti nel paziente, è opportuno ripensare al tipo di lavoro che stiamo facendo con il paziente. La valutazione del ritmo deve tenere conto anche dei problemi di separazione. Ci sono persone che non riescono ad adattarsi a un ritmo monosettimanale, in quanto percepiscono l'intervallo come eccessivamente lungo rispetto ad esempio alla propria capacità di tollerare l'angoscia. Per altri il ritmo monosettimanale è preferibile a una frequenza maggiore che potrebbe essere vissuta come troppo incalzante. La realtà è socialmente costruita, sia se siamo nell'ambito di una cultura sia all'interno della relazione terapeutica; infatti, nei paradigmi psicoterapeutici in cui i professionisti disegnano e gestiscono i setting, è operante un processo di costruzione della realtà (Zucconi e Greggio, 2009; in Loredano e Aciri, 2009). Comprendere come la realtà sia socialmente costruita ci mette in grado di essere coscienti dei messaggi e dei meta-messaggi che comunichiamo ai nostri clienti, e il modo in cui creiamo e gestiamo il setting rappresenta un messaggio eloquente.

L'uso di tecniche provenienti dai diversi modelli, come la prescrizione comportamentale, può essere contemplata a condizione che la necessità di ricorrervi emerga dalla relazione terapeutica stessa. Ogni elemento tecnico può essere valido e si giustifica se è inserito in un progetto complessivo guidato da una strategia internamente coerente, da un linguaggio omogeneo e da una teoria che giustifichi concettualmente le scelte effettuate.

Il passaggio da un setting a un altro costituisce senza dubbio una manovra complessa, la cui spiegazione e il cui significato nella logica di una psicoterapia devono essere sempre molto ben contestualizzati e soprattutto ben spiegati al paziente. Può essere utile introdurre dei cambiamenti di setting quando il processo appare bloccato o ha raggiunto una fase nella quale il mutamento di alcuni fattori risulta espansivo e orientato all'autonomia. Le modifiche non dovrebbero riguardare elementi fondanti del setting, per non operare una distruzione, ma potrebbero riguardare l'affiancamento al setting individuale di uno

gruppo o una variazione nella frequenza delle sedute. Qualsiasi modifica deve essere comunque condivisa dal paziente e diventare oggetto di un nuovo contratto (Busso, 2008).

Quando il setting viene modificato dal paziente, segnala l'esistenza di processi in atto che richiedono di essere compresi dal terapeuta.

Qualsiasi contatto esterno al setting può essere considerato espressione di transfert e dunque deve essere riportato e analizzato nel setting e al senso che ha all'interno di quella particolare relazione terapeutica e della organizzazione affettiva del paziente.

È importante riflettere su quello che accade in seduta tra terapeuta e paziente, provando a estrarne elementi teorici che, a loro volta, devono essere sperimentati all'interno di una prassi terapeutica, in una costante dialettica circolare.

Lo scopo è quello di arrivare a una comprensione il più possibile approfondita del funzionamento del sistema di comunicazione della persona in esame, con il preciso intento di valutarne la capacità e la modalità di entrare in relazione nello specifico dell'incontro allo scopo di creare le condizioni che renderanno possibile il trattamento.

Riferimenti Bibliografici

- Albanese, F. (2004). *L'attaccamento nella relazione psicoterapeutica con adulti*. Reperibile al sito: www.vertici.com; accesso il 14/01/2010.
- Adami Rook, P. (2001). *Per chi fa lo Psicoterapeuta*. Reperibile al sito: www.vertici.com; accesso il 14/01/2010.
- Agosti, T. (2009). Il setting adleriano. *Psico-Pratika*, 39, 1-3.
- Bleger, J. (1967). Psicoanalisi dell'inquadramento psicoanalitico. In J. Bleger (a cura di) (1992). *Simbiosi e ambiguità*. Loreto: Libreria Editrice Lauretana, 271-283.
- Blow, A.J., Sprenkle, D.H., e Davis, S.D. (2007). Is Who Delivers the Treatment More Important than the Treatment Itself? The Role of the Therapist in Common Factors. *Journal of Marital and Family Therapy*, 33(3), 298-317.
- Busso, E. (2008). I modi del fare: la modificazione del setting come strumento di psicoterapia. *Script riflessioni – I campi della soggettività – Rivista Online*, 15.
- Carli, R. (1993). *L'analisi della domanda in psicologia clinica*. Milano: Giuffrè Editore.
- Castonguay, L.G. (2000). A Common Factors Approach to Psychotherapy Training. *Journal of Psychotherapy Integration*, 10(3), 263-282.
- Cavallero, G. (1998). Il setting. *Neopsiche*, 24.

- Di Blasi, M., e Lo Verso, G. (2006). La psicologia clinica. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 43-47. Reperibile al sito: www.rivistadipsicologiaclinica.it; accesso il 16/01/2010.
- Di Sauro, R. (2009). *La costituzione del setting*. Reperibile al sito www.ceripa.it; accesso il 30/12/2009.
- Etchegoyen, R.H. (1986). *I fondamenti della tecnica psicoanalitica* (2nd ed.). Roma: Astrolabio.
- Gabbard, G.O., e Lester, E.P. (1999). *Violazioni del setting*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Gaddini, A., e Riefolo, C. (2006). *Transfert verso il setting e processo analitico*. XIII Congresso Nazionale della Società Psicoanalitica Italiana. Siena: 28/09-01/10/2006.
- Giannini, M. (1994). Riflessioni teoriche sul concetto di setting, complesso, archetipo e prassi analitico-comparata di gruppo. *Simposio*, 1, ABC: Firenze.
- Gino, M., e Romano Toscani, R. (1998). *Ritmo & Setting. Psicoterapia psicoanalitica "once a week"*. Roma: Borla.
- Giusti, E., Montanarella, G., e Montanari, C. (1995). Fattori comuni trasversali tra le psicoterapie. *Noi Psicologia. Giornale di informazione e discussioni sulla psicologia italiana*, 39-40. Reperibile al sito: www.psicopolis.com; accesso il 16/01/2010.
- Loriedo, C., e Acri, F. (2009). *Il setting in psicoterapia. Lo scenario dell'incontro terapeutico nei differenti modelli clinici di intervento*. Milano: Franco Angeli.
- Malavasi, N. (2001). *Il campo emotivo nella relazione d'aiuto: l'orizzonte narrativo*. Reperibile al sito: www.vertici.com; accesso il 14/01/2010.
- Migone, P. (1999). La psicoterapia in rete: un setting terapeutico come un altro? Riflessioni da un punto di vista psicoanalitico. *Psichiatria Online*, 14, 255-265. Reperibile al sito: www.pol-it.org; accesso il 16/01/2010.
- Panseri, L. (2005). La ricerca sui fattori comuni in psicoterapia. Reperibile al sito: www.cyberpsych.org; accesso il 16/01/2010.
- Roccalbegni, L.P. (2009). *Setting psicomotorio e setting psicoanalitico*. Reperibile al sito: www.ifra.it; accesso il 30/12/2009.
- Sambin, M. (1998). Aspetti di relazione nel setting. *Neopsiche*, 24. Reperibile al sito: www.psicologiaesalute.it; accesso il 16/01/2010.
- Sprenkle, D.H., e Blow, A.J. (2004). Common Factors and Our Sacred Models. *Journal of Marital and Family Therapy*, 30(2), 113-129.
- Vercellino, C.G. (1998). Il setting: due soggetti a confronto. *Neopsiche*, 24. Reperibile al sito: www.psicologiaesalute.it; accesso il 16/01/2010.
- Wachtel, P., e Messer, S.B. (a cura di) (1997). *Theories of psychotherapy: Origins and evolution*. Washington DC: American Psychological Association.

RIFLESSIONI SULL'USO DEL DOPPIO SETTING

di Paolo Chellini¹, Nicola Materassi²

*¹psicologo, psicoterapeuta, ²medico, specialista in psicologia clinica, psicoterapeuta,
Scuola di Psicoterapia Comparata*

Il prevalere del paradigma dualista, implicando una netta separazione tra mente e corpo, ha avuto importanti ripercussioni nella pratica psichiatrica e psicologica dell'Ottocento e di gran parte del Novecento. Una delle conseguenze di maggior rilievo è stata l'impossibilità di una integrazione tra terapie psicologiche e biologiche. A tutto ciò va aggiunto che alcuni modelli teorici fino ad alcuni anni fa sconsigliavano sia l'impiego di farmaci sia l'intervento di un secondo terapeuta a prescindere dal ruolo di quest'ultimo (psichiatra, psicofarmacologo o altro).

L'acquisizione di conoscenze circa il potenziale neuroplastico del cervello ha dato uno slancio significativo alla possibilità dell'impiego per un singolo paziente di più forme di intervento. In una prospettiva psicopatologica basata sul cervello (Cozolino, 2008) la possibilità di trattamenti multipli (psicoterapia, farmaci, yoga, meditazione, ecc.) avrebbe come scopo quello di massimizzare il potenziale neuroplastico.

Un importante contributo alla costruzione di un fondamento epistemologico per l'integrazione deriva (oltre che dallo sviluppo delle teorie della complessità) dall'ambito della filosofia della mente che postula come l'esperienza in "prima persona" (coscienza) sia resa possibile dall'attività del cervello (Searle, 2005) e dal funzionamento biologico complessivo dell'organismo. Attualmente l'intervento clinico in ambito psicopatologico è sempre più orientato verso la possibilità di utilizzare trattamenti diversi in un'ottica integrata (piuttosto che semplicemente combinata).

Presupposti teorici: indicazioni al doppio setting

Perché utilizzare il doppio setting? In linea generale l'utilizzo del doppio setting (o setting

multipli) potrebbe aumentare l'efficacia complessiva della terapia in quanto "risorse" diverse avrebbero maggiori possibilità di agire a vari livelli del processo psicopatologico. Esistono sempre maggiori evidenze di come il cervello possa beneficiare di strumenti multipli al fine di una modulazione nella direzione della salute (Cozolino, 2008).

Nonostante l'assenza di una precisa cornice teorica di riferimento è pratica diffusa l'impiego contemporaneo di più setting nel trattamento di alcuni disturbi psicopatologici gravi (disturbo borderline di personalità, disturbi dissociativi gravi, psicosi).

In queste tipologie di pazienti, per cui è stata indicata la dizione "pazienti difficili" (Perris, 1993) e quella di "pazienti gravi" (Semerari, 1999), si verificano frequentemente varie problematiche che conducono al fallimento della terapia (es. interruzione prematura della psicoterapia).

La maggiore validità dell'impiego di un doppio setting rispetto alla presenza di un terapeuta singolo riguarda quell'insieme di pazienti per i quali Liotti (2001) utilizza il nome complessivo di "disturbi da disorganizzazione". L'elemento che accomuna questi pazienti è rappresentato dalla dimensione della conoscenza di sé-con-l'altro caratterizzata da disorganizzazione.

L'effetto terapeutico, riconducibile alla correzione dei modelli operativi interni (MOI) dell'attaccamento disorganizzati (ed ai relativi effetti dannosi sulle funzioni mentali), secondo Liotti (2001) è riconducibile a tre fattori :

- a) "migliore modulazione dell'attivazione del sistema motivazionale di attaccamento"
- b) "opportunità di sviluppo della TdM e delle capacità metacognitive"
- c) "integrazione reciproca fra rappresentazioni di sé-con-l'altro prima dissociate".

La teoria di Bowlby (1969, 1973, 1979, 1980) come anche ricerche conseguenti (Cassidy e Shaver, 1999) evidenziano come un potente meccanismo per l'attivarsi del sistema motivazionale dell'attaccamento possa essere prodotto dal timore della perdita di contatto con le figure che forniscono sicurezza.

Nei pazienti con disturbi gravi (accomunati da una grave compromissione della relazionalità come ad esempio alcuni disturbi di personalità, disturbi dissociativi ecc.) è riscontrabile la tendenza ad una attivazione di particolare intensità del sistema motivazionale dell'attaccamento (Liotti, 2005). Appare dunque evidente come la presenza di un'unica fonte di attaccamento sicuro (il terapeuta) esporrebbe il paziente ad una eccessiva intensità della reazione alla separazione (Liotti, 2005). La reazione alla separazione (reale, possibile o immaginaria) potrà essere meno intensa qualora siano presenti due terapeuti in due diversi setting.

Il concetto di Teoria della Mente (TdM) si riferisce ad un insieme di capacità che consentono ad un essere umano di attribuire (per inferenza) ad un'altra persona idee, desideri, stati emotivi ecc. In altri termini si tratta di possedere la disposizione a ritenere che i nostri simili abbiano, oltre i comportamenti visibili, un'esperienza interna, una mente (o esperienza cosciente) che funzioni essenzialmente come la propria. In alcuni soggetti (es. borderline) la TdM può essere deficitaria.

Il termine metacognizione (o mentalizzazione) viene utilizzato in riferimento ad una serie di funzioni che includono specifiche attività come la capacità di effettuare previsioni in merito ad una prestazione, pianificare e prevedere l'efficacia di una determinata attività cognitiva, monitorare e regolare i processi mentali attivati in virtù di uno scopo (Liotti e Monticelli, 2008). In corso di co-terapia può accadere che un terapeuta esamini con il paziente gli scambi che ha avuto con il collega circa le varie difficoltà del paziente stesso. Supponiamo poi il caso in cui il paziente abbia costruito tra sé e sé interpretazioni non realistiche circa un comportamento di un terapeuta (ad es. interruzione momentanea della terapia) e che ciò vada ad inficiare la relazione

d'attaccamento. L'altro terapeuta avrà la possibilità di aiutare il paziente a formulare una "Teoria della Mente" dell'altro più adeguata ed evitare possibili gravi incrinature nella relazione terapeutica.

La possibilità di rendere integrate le rappresentazioni di sé-con-l'altro precedentemente dissociate si realizza via via che il paziente andrà sviluppando la capacità di conoscere le proprie emozioni nel loro significato relativo e legato al contesto.

La produzione di significati caratterizzati da rigidità e generalizzazione sono tipici delle strutture cognitive dissociate; l'intervento psicoterapico dovrebbe tendere a far sviluppare nel paziente la capacità di produrre conoscenze semantiche più flessibili e congrue rispetto a specifici contesti interpersonali. La co-terapia aumenta le occasioni di lavoro per l'integrazione (e contestualizzazione) delle rappresentazioni di sé-con-l'altro dissociate (o scisse). L'American Psychiatric Association (APA) ha inserito la pratica delle terapie multiple nelle linee guida per il trattamento del DBP (APA, 2001):

- Esistono dati che evidenziano come l'intervento coordinato di due terapeuti comporti una riduzione dei Drop-out. La condivisione di un modello teorico consente ai due terapeuti una migliore qualità della comunicazione (e della relazione) che a sua volta migliora la relazione terapeuta-paziente nei due setting (Liotti, 2001).

- Le modalità per la conduzione del doppio setting.

- Pontalti e Semerari (2003) descrivono l'utilità della presenza di un secondo terapeuta, con il ruolo di psicofarmacologo (es. psichiatra con competenza psicoterapeutica), per prevenire che le pesanti difficoltà legate alla conduzione di terapie, che richiedono molto impegno e disponibilità (e sviluppano un eccesso di tensione emotiva), possano determinare anche nel terapeuta più esperto una condizione di insopportabilità. Il terapeuta che gestirà la terapia farmacologica vedrà il paziente con regolarità (colloqui almeno quindicinali e stessa durata di una seduta) e avrà scambi con l'altro terapeuta. I terapeuti possono inoltre chiedere,

per le necessità ed opportunità cliniche, l'aiuto di un terzo terapeuta che intervenga sulla famiglia, o inviare il paziente a un gruppo.

Elementi condivisi del doppio setting

- I due terapeuti devono essere in costante contatto attraverso una comunicazione aperta della quale il paziente deve esserne consensualmente a conoscenza.

- I terapeuti devono aiutare in modo esplicito il paziente ad aver chiari i confini e le differenti finalità dei due setting integrati. Ad esempio, quando la co-terapia è costituita da psicofarmacoterapia e psicoterapia individuale il lavoro sarà rivolto, in un setting al tema di come le molecole possono contribuire (anche in modo significativo) a regolare emozioni disturbanti, mentre nell'altro sarà mirato al miglioramento del riconoscimento, del significato e senso delle proprie emozioni.

- Il paziente può scambiare informazioni relative agli altri setting con i singoli terapeuti.

- Eventuali momenti di particolare difficoltà nel rapporto tra i terapeuti dovrebbero essere considerati come aspetti peculiari del lavoro terapeutico di base e affrontati (trattati) come i sintomi del paziente.

- Il rapporto tra i due clinici dovrebbe fondarsi su una relazione paritetica e collaborativa (Ceccarelli, 2000). Il tipo di reciprocità tra i terapeuti dovrebbe essere sostenuto principalmente da una "motivazione" di tipo cooperativo.

L'eventuale verificarsi di interazioni competitive (ad esempio a chi debba essere riconosciuto il merito più rilevante circa il miglioramento del paziente) o di diffidenza reciproca tra i due terapeuti potrebbe confermare la scissione o dissociazione all'interno delle rappresentazioni di sé-con-l'altro che caratterizza un modello operativo interno (MOI) disorganizzato:

- I terapeuti impegnati in tale lavoro dovrebbero condividere i punti sopra esposti, come anche la fiducia nell'utilità ed efficacia della co-terapia a prescindere dalle possibili differenze di scuola di appartenenza.

- Un punto essenziale è rappresentato dalla supervisione la quale potrà attuarsi

reciprocamente (tra i due co-terapeuti), con l'intervento di un terzo professionista o di gruppo.

I fattori terapeutici del doppio setting secondo le varie prospettive

All'interno del nostro lavoro, parallelamente all'attività clinica vera e propria, abbiamo iniziato una riflessione epistemologica del nostro operare cercando di costruire una "spiegazione" di quello che stava accadendo all'interno della relazione terapeutica utilizzando diverse epistemologie cliniche. L'obiettivo era quello di aumentare la nostra comprensione attraverso una narrativa che si basasse sulle differenti "punteggiature" epistemologiche cliniche con lo scopo di far emergere i fattori terapeutici comuni. Il proposito che ci eravamo posti era connesso alla possibilità di evidenziare una nuova epistemologia operativa capace di dotare i clinici, coinvolti nel trattamento dei cosiddetti pazienti "resistenti", di nuove modalità d'intervento psicoterapeutico. I paradigmi interpretativi usati per l'analisi del nostro operare si possono raggruppare all'interno di quattro grandi categorie: l'approccio neurobiologico basato sull'utilizzo dei farmaci, l'approccio sistemico basato sull'analisi della pragmatica relazionale, l'approccio cognitivo evoluzionista basato sull'analisi dei modelli operativi interni derivanti dallo stile di attaccamento e sulle teorie biologico-costruttiviste del linguaggio/emozioni (Maturana). Ed infine, sull'approccio psicodinamico basato sull'analisi dei significati delle relazioni.

Nell'ipotesi di ricerca sui fattori terapeutici che giustificano l'uso del doppio setting come modalità terapeutica, siamo stati guidati dalle suggestioni provenienti dal paradigma della complessità ed in particolare dall'epistemologia derivante dalla cibernetica di secondo ordine (Heinz Von Foerster, 1982). Secondo questa visione, l'osservatore nell'atto di osservare influenza l'evento osservato all'interno di una circolarità fenomenica non disgiungibile nella sua dinamica sistemica. In altre parole, la seconda cibernetica centra l'attenzione sulla relazione costruttiva tra osservatore e sistema (terapeuta e paziente) e sulla loro

interdipendenza nel generare il cambiamento che investe entrambi imprescindibilmente.

L'inserire noi stessi all'interno dell'evento osservato, con le nostre peculiari caratteristiche personali, ha prodotto un interessante e costante scambio di impressioni e di riletture. L'abbandono dell'oggettività in favore della soggettività descrittiva ha portato ad una maggiore complessità narrativa. Come ipotizzato da Bateson nell'utilizzare descrizioni provenienti da sorgenti diverse (in questo caso terapeuti diversi), si produce un incremento di conoscenza qualitativo, oltre che quantitativo, in quanto la combinazione di più descrizioni, detta doppia descrizione, fa emergere un'informazione di maggiore complessità (l'informazione di secondo ordine che ne deriva ha delle caratteristiche emergenziali e non sommative). Quindi, il riconoscimento della nostra impossibilità di assumere una posizione esterna al sistema osservato è stato alla base dell'idea di usare volontariamente lo scambio narrativo incrociato paziente-terapeuta/terapeuta-paziente come una modalità tecnica di tipo terapeutico.

Nelle nostre discussioni ci siamo resi conto che il paziente, in molti casi, coinvolgeva il terapeuta di turno in qualche tipo di discussione con l'aspettativa che l'altro terapeuta, all'interno della seduta successiva, ne fosse a conoscenza. Nella nostra ricerca quindi, rifacendoci alle indicazioni epistemologiche operative derivanti dalla cibernetica di secondo ordine, non ci siamo opposti a questa richiesta ma anzi l'abbiamo utilizzata come aumento della complessità emergenziale degli scambi emotivo-comunicativi che si generavano all'interno dei due setting. Abbiamo osservato infatti, come lo scambio d'informazione tra i due terapeuti "gestito" dal paziente generasse un ritorno "positivo" di gratificazione egosintonica nel soggetto, con un conseguente aumento della *compliance* terapeutica. La modalità si è rivelata particolarmente importante nel caso dei pazienti estremamente conflittuali. La tecnica è tornata utile in vari casi, come per esempio, per aumentare l'adesione del paziente al trattamento farmacologico o a qualche particolare prescrizione comportamentale: il terapeuta non responsabile della prescrizione farmacologica aveva la possibilità di contenere e di rielaborare

la paura del paziente rispetto ai farmaci o, viceversa, il "terapeuta medico" aiutava il paziente a mentalizzare e rielaborare, all'interno di una rassicurazione "medicale", qualche particolare prescrizione terapeutica. Oppure, attraverso questa prassi è stato spesso possibile rendere comprensivi e suscettibili ad una mentalizzazione del soggetto i meccanismi automatici di difesa che si manifestavano, per esempio, nei vari tentativi di triangolazione.

L'analisi del nostro operare condotta attraverso il paradigma della complessità si è basata su una serie di riletture di uno stesso evento attraverso "linguaggi epistemologici" diversi. Tra i fenomeni osservati che abbiamo ritenuto importanti per il corretto sviluppo della funzione terapeutica all'interno dell'incontro clinico troviamo:

- Una maggiore e stabile compliance terapeutica.
- Una maggiore velocità nell'ampliamento delle capacità narrative del soggetto.
- Un'aumentata capacità di mentalizzazione del soggetto sui propri stati emotivi.
- Una generale riduzione dei tempi di latenza per quanto riguarda la diminuzione della condizione sintomatologica portata in terapia dal soggetto e, di conseguenza, una sua riattivazione nella capacità ideativa positiva proattiva.
- Un aumento del senso di "sicurezza operativa" dei terapeuti nel confrontarsi con pazienti "difficili"

Per quanto riguarda il primo punto, cioè lo svilupparsi di una maggiore e più stabile *compliance* terapeutica, abbiamo ipotizzato che la strutturazione in doppio setting dell'intervento dovesse seguire una dinamica di tipo emergenziale. In altre parole, per la strutturazione del setting non abbiamo seguito un protocollo rigido d'intervento lasciando libero il paziente di decidere chi dei due terapeuti, in quel preciso momento, rappresentasse per lui una base sicura. Le cadenze dell'incontro con il paziente sono variate a seconda della tipologia del problema portato ma generalmente, dopo alcune settimane, a seguito della riduzione della sintomatologia più limitante operata dall'effetto

farmacologico, si stabilizzavano intorno alle quattro visite mensili di cui tre incontri con il terapeuta psicologo e uno con il terapeuta medico. Con il progredire degli incontri e con il consenso del paziente, la frequenza veniva ridotta ulteriormente a tre incontri mensili di cui due con il terapeuta/psicologo e uno con il terapeuta/medico. Chiaramente l'assetto ha sempre mantenuto un grado molto ampio di plasticità in funzione delle esigenze del paziente.

Per “comprendere” cosa stesse accadendo ci siamo avvalsi in particolare di due prospettive epistemologiche esplicative diverse: la teoria dell'attaccamento e la prospettiva sistemica.

Come sostenuto da Liotti, nell'esperienza relazionale che il paziente sviluppa in terapia il sistema di attaccamento si riattiva in maniera “drammatica”. In particolare Liotti scrive: “Il MOI (Modello Operativo Interno) di attaccamento del paziente, pur apparendo potenzialmente suscettibile di cambiamento nella direzione della sicurezza attraverso il tipo di esperienza correttiva fornito da una psicoterapia individuale, è di fatto tale da creare, nella relazione di cura, occasioni di paura così complesse da non permettere il superamento delle fasi di «test» attraverso adeguati interventi pro-plan”. Più avanti scrive: “Fatta salva la specifica competenza dei due clinici, il probabile superamento dei «test» grazie alla co-terapia, nel caso di grave disorganizzazione dell'attaccamento, non appare tanto legato alle caratteristiche dell'uno o dell'altro terapeuta, ma piuttosto è riconducibile alle dinamiche cui è esposto il sistema motivazionale dell'attaccamento del paziente disorganizzato, quando questi si trovi ad interagire simultaneamente, e in due setting diversi, con almeno due diversi terapeuti” (Liotti, 2005, p.27). Sulle motivazioni che sarebbero alla base di questa esperienza di *compliance* alla terapia Liotti scrive: “Il motivo è semplice, dipendere da una sola figura di attaccamento espone con maggiore probabilità a temere, più o meno consciamente, ad ogni separazione, la perdita dell'unica fonte di sicurezza, aiuto e conforto. Il timore di perdere il contatto con le fonti di sicurezza - come dimostrano la teoria di Bowlby (1969, 1973, 1979, 1980) e la ricerca che ne è conseguita (Cassidy e Shaver, 1999) - è

un potente meccanismo di attivazione del sistema di attaccamento. La presenza di due figure terapeutiche di attaccamento, per di più se operano in setting diversi, riduce dunque l'intensità della reazione alla separazione da ciascuna di esse: l'altra è comunque percepita come una «riserva» di potenziale sicurezza” (Liotti, 2005, p.41). Più avanti l'autore scrive: “Questa particolare possibilità d'intervento offerta dalla co-terapia illustra particolarmente bene l'utilità che i due terapeuti operino in due setting diversi: il setting separato nel quale opera il secondo terapeuta permette infatti l'utilizzare l'assenza fisica del primo per garantire al paziente la necessaria sicurezza. Ad esempio, l'attribuzione da parte del paziente di intenzioni malevole o di grave insicurezza e inefficienza al primo terapeuta può offrire al secondo terapeuta l'occasione per facilitare lo sviluppo, nel paziente, di interpretazioni alternative del comportamento del primo terapeuta. I test connessi all'attivazione del MOI disorganizzato che si sono prodotti nella relazione terapeutica primaria possono dunque essere più facilmente superati all'interno della seconda relazione terapeutica” (Liotti, 2005, p.43).

Per quanto concerne l'epistemologia operativa mediata dalle teorie sistemiche ed in particolare dall'approccio Pragmatico alla Comunicazione proposto da Watzlawick, abbiamo trovato utile per una “spiegazione” di quello che stavamo osservando (la scelta del terapeuta), l'effetto della cosiddetta Illusione di Alternative come è stata concettualizzata dall'autore e, successivamente, sviluppata attraverso la tecnica del Doppio Legame Terapeutico proposta da Milton Erickson (per esempio: ad un bambino che non vuole andare a letto si chiede: “preferisci andare a letto ora o tra dieci minuti?”). In altre parole, il paziente si troverebbe implicato in una “guerra” di potere con il terapeuta per la definizione e il controllo della relazione (da notare la sovrapposizione con quanto scritto in precedenza sulla riattivazione del MOI disfunzionale). Tale definizione nel momento della strutturazione della relazione diventa di vitale importanza per il soggetto, in quanto l'attivazione dell'affettività connessa alle dinamiche transferali fa emergere le componenti proiettive contenute all'interno

delle memorie relazionali dell'attaccamento disorganizzato: se io mi fido (affeziono) lui/lei mi tradirà. Il Doppio Setting quindi permette al soggetto l'illusione di scegliere il terapeuta e con ciò il tipo e la modalità della relazione, facendogli sperimentare quell'esperienza di controllo/sicurezza che è il fondamento della sensazione di "sentirsi" all'interno di una base sicura. La risoluzione di questa iniziale scissione proiettiva operata sui due setting è uno dei fattori terapeutici più importanti per la ricomposizione (percezione integrata) del campo psichico/emotivo del soggetto.

Per quanto riguarda il secondo punto, cioè per dare una "spiegazione" a quello che stavamo osservando da un punto di vista linguistico, abbiamo fatto riferimento alla teoria del linguaggio del biologo cileno Humberto Maturana. L'autore nel suo libro "Autocoscienza e realtà" scrive: "Noi esseri umani siamo sistemi viventi che esistono nel linguaggio. Questo significa che benché esistiamo come esseri umani nel linguaggio e dunque i nostri domini cognitivi (domini di azioni adeguate) hanno luogo nell'agire linguistico, questo agire linguistico si attua attraverso il funzionamento come sistemi viventi" (Maturana, 1993, p.81). Il linguaggio è dunque una funzione che si evolve all'interno del nostro accoppiamento strutturale con i nostri simili, in altre parole, i partecipanti ad una conversazione nel loro agire linguistico producono delle distinzioni sulla realtà che vengono accettate e mantenute stabili finendo per essere trasformate in simboli consensuali che stanno al posto delle distinzioni consensuali operate dai comunicanti. Il fenomeno del linguaggio nasce quindi dalla coordinazione consensuale di azioni o distinzioni in un qualsiasi dominio contestuale. All'interno dell'agire linguistico gli oggetti sono coordinazioni consensuali di azioni che funzionano come simboli al posto delle coordinazioni consensuali di azioni che essi coordinano.

Se usiamo come spiegazione la funzione biologica del linguaggio proposta dall'autore, diventa evidente che l'agire linguistico, quando nasce, nasce come forma di coesistenza tra sistemi viventi. A questo proposito, Maturana ha coniato il neologismo *lingueggiare*, cioè l'atto

biologico della definizione consensuale delle realtà all'interno di una dinamica intersoggettiva fondata sul comunicare.

Quanto detto sopra, porta allo sviluppo di alcune considerazioni: l'agire linguistico è un fenomeno sociale, gli esseri umani si realizzano all'interno di un mutuo accoppiamento linguistico in quanto, i fenomeni come la coscienza e in senso più ampio la mente, si generano all'interno delle dinamiche interattive delle nostre coordinazioni consensuali che si esprimono all'interno del nostro lingueggiare.

A questo proposito, nella nostra ricerca abbiamo osservato che le narrazioni che emergevano avevano caratteristiche diverse in relazione alla personalità/ruolo del terapeuta. I racconti differivano in maniera sostanziale nella loro punteggiatura semantica quando derivavano dall'incontro con il terapeuta medico da quelle con il terapeuta psicologo. Le differenti descrizioni comprendevano: ricordi significativi specifici, opinioni, atteggiamenti nei riguardi della terapia, pensieri sulla "guarigione" e sul dopo, ecc. Il "lingueggiare" quindi, che si realizza nel doppio setting con il confrontarsi del paziente con i due differenti terapeuti, determina di per sé un aumento della complessità linguistica del soggetto e una conseguente maggiore capacità di autodescrizione. Inoltre, il fatto che i due terapeuti conoscano i contenuti salienti dell'incontro che il paziente aveva avuto con l'altro collega, produce nel soggetto una maggiore sensazione di stabilità prospettica, in quanto si percepisce "pensato" e quindi "esistente" tra un incontro e l'altro. A questo proposito Liotti scrive: "In circostanze come quella dell'esempio, il paziente ha occasione di conoscere come i propri contenuti mentali siano rappresentati nella mente di un'altra persona, in sua assenza: ha occasione di sapere di esistere, e di "essere pensato pensante" (Fonagy, 1991), nella mente di altre due persone, e non solo nella percepibile interazione immediata con ciascuno di loro. In altre parole, il paziente può immaginare come due menti persino alla sua mente, e ciò è prezioso per persone (come tipicamente sono i pazienti *borderline*) poco capaci di "mentalizzare", cioè di esercitare la Teoria della Mente, e dunque portate ad agire più che a

riflettere” (Liotti, 2005, p.44). Più avanti Liotti trascrive il commento riflessivo di una paziente su questa particolare dinamica relazionale: “Mi sono resa conto che voi avete un modo simile di comportarvi con me. Spesso dite cose diverse, ma il senso è lo stesso. Questo non succedeva con i miei genitori, quando c’era un problema da risolvere loro dicevano cose completamente opposte e io non sapevo cosa pensare e come comportarmi” (Liotti, 2005, p.206-207). Nella nostra ipotesi di lavoro ipotizziamo che l’utilizzo del Doppio Setting operi, attraverso questa congruenza d’intenti sovrastrutturale, un’esperienza emozionale correttiva (Alexander, 1946) capace di stimolare nel soggetto un processo rielaborativo integrativo per i conflitti che sono alla base dei suoi processi mentali. Speculando su quanto detto e utilizzando la prospettiva neurobiologica, possiamo ipotizzare che la risoluzione del conflitto passi attraverso la modifica della struttura valutativa tacita disfunzionale appresa e interiorizzata nel rapporto con le figure di riferimento e sedimentata nelle memorie tacite-operative dell’emisfero destro. In particolare, il campo emotivo sovrastrutturale congruente e direzionato verso un fine, generato all’interno del Doppio Setting, può aiutare il soggetto a sperimentare una maggiore stabilità decisionale, che potrà essere interiorizzata attraverso l’assimilazione esperienziale nell’emisfero destro (Schore, 2010). A questo proposito l’autore scrive: “Nei livelli più gravi di psicopatologia, non è una questione di rendere l’inconscio conscio, piuttosto è una questione di ristrutturare proprio l’inconscio in sé” (Schore, 2010, p.143). Anche altri autori come Siegel e Cozolino (2008) asseriscono, supportati da molte ricerche sperimentali, che l’esperienza emozionale correttiva creata all’interno delle relazioni significative, nel nostro caso di tipo psicoterapeutico, abbia l’effetto di permettere la corretta integrazione delle funzioni verticali e orizzontali del cervello. A proposito della difficoltà della funzione riflessiva che è alla base dalla incapacità di “mentalizzare” la realtà, tipica dei pazienti borderline Cozolino (2008) scrive: “I pazienti hanno una carente capacità di essere psicologicamente attenti ai propri pensieri quando sono in uno stato di attivazione emozionale. Cioè, essi perdono la capacità di

pensare al loro stesso pensiero, il che rende l’automonitoraggio attraverso stati emozionali quasi impossibile. Le capacità di autoriflessione e di regolazione affettiva sono gravemente danneggiate”. Più avanti scrive: “L’attivazione dell’amigdala (e i cambiamenti fisiologici e biologici correlati) è il cuore della modulazione delle memorie emozionali e traumatiche (Cahill, McGaugh, 1998). Il rilascio di noradrenalina durante la risposta allo stress serve ad innalzare l’attivazione dell’amigdala, inibendo le reti neurali (ippocampali-frontali) che potrebbero contestualizzare e attenuare la risposta (McGaugh, 1990). Sia le interpretazioni sia i segnali di abbandono innescano, nei pazienti borderline, una specie di flashback post-traumatico di proporzioni estremamente sconvolgenti. I pazienti vengono distrutti e schiacciati dalla paura e cercano disperatamente di porre fine al loro dolore con ogni mezzo possibile. Questa reazione sproporzionata è la reazione per cui hanno una reazione catastrofica alla separazione e hanno tanta paura di rimanere soli” (Cozolino, 2008, p.272).

Da quanto detto in precedenza, risulta chiara l’importanza della funzione relazionale nella psicoterapia come forma di pressione evolutiva direzionata verso un diverso tipo di adattamento strutturale oltre che fenomenico. A questo proposito, Gerald Edelman con la sua Teoria della Selezione dei Gruppi Neuronalci dà delle indicazioni specifiche su cosa avviene e come. Per l’autore, la dinamica fenomenica esperienziale modifica continuamente il legame del funzionamento tra i gruppi di neuroni generando così una “competizione selettiva” tra le configurazioni di “risposta” neuronale più adatte. Quindi, una stessa esperienza ripetuta più volte porta alla selezione/stabilizzazione di circuiti che con il tempo determinano connessioni tra mappe diverse formate da gruppi neuronali situati in varie aree dell’encefalo. Il processo definisce la struttura degli schemi neurali che determinano la base della categorizzazione percettuale e previsionale del soggetto. Gli schemi di funzionamento/risposta selezionati sono formati da gruppi di neuroni che interagiscono con “segnalazioni rientranti” per formare mappe cerebrali di rappresentazione del mondo e delle dinamiche di azione via via sempre più

complesse e connotate da una peculiare attivazione emotiva. La complessità dei circuiti determina il grado di riflessività del soggetto, in quanto permette una maggiore elaborazione dell'informazione capace di contrastare e integrare in circuiti più ampi le istanze automatiche sottocorticali. In altre parole, la risposta da agita automaticamente diventa pensata.

La diminuzione della sintomatologia connessa al recupero dalla "sensazione" della possibilità di controllare la realtà correlata all'instaurarsi di un rapporto stabile all'interno della terapia, restituisce al paziente un senso di "autoefficacia" (Bandura, 2002). Secondo questo autore, le credenze delle persone riguardanti la loro efficacia nel gestire gli eventi, influenzano le loro scelte, le aspirazioni, i livelli di sforzo, di perseveranza, la resilienza, la vulnerabilità allo stress ed in generale la qualità della prestazione. La possibilità di esperirsi agente causale (positivo perché "pensato") determina quindi, nel soggetto, una maggiore propensione alla pianificazione futura della sua vita. In questo senso, quello che abbiamo osservato nel nostro operare clinico si sovrappone pienamente a questa prospettiva teorica. In altre parole, la strutturazione del rapporto terapeutico e il suo consolidamento è correlato ad un aumento della capacità ideativa-proattiva del soggetto.

L'ultimo fattore terapeutico che abbiamo analizzato non riguarda direttamente i pazienti ma i clinici coinvolti nel trattamento. L'utilizzo di un setting multiplo permette ai terapeuti di sperimentare un maggiore senso di sicurezza operativa nel trattamento dei pazienti difficili. Come abbiamo analizzato in precedenza, la possibilità della co-terapia in doppio setting ci ha permesso di usare con una finalità terapeutica i frequenti tentativi di triangolazione che i pazienti determinavano più o meno consapevolmente. Il fatto di avere una visione d'insieme derivante da una doppia descrizione generava un metalivello esplicativo che ci ha permesso di riconoscere e utilizzare queste dinamiche. La possibilità di discutere con l'altro collega implicato nel trattamento è risultata una risorsa preziosa in quanto ha restituito ai terapeuti la sensazione di potersi "appoggiare"

all'altro in un momento di difficoltà. A questo proposito Liotti scrive: "Se - di fronte a un paziente che afferma o addirittura agisce, durante il dialogo terapeutico, intenzioni di auto-nocumento, o di aggressione verso il terapeuta, o ancora di sentirsi danneggiato dalla terapia - il terapeuta sa di poter contare sull'aiuto e la solidarietà di un altro curante, con il quale condividere la responsabilità per il trattamento del paziente, diviene più probabile che possa conservare un atteggiamento calmo ed esplorativo anche in tali condizioni estreme del dialogo terapeutico. Una risposta di sicurezza laddove verosimilmente il paziente poteva attendersi una riedizione dell'esperienza di paura nella relazione di cura costituirà di per sé un'importante esperienza relazionale correttiva e il superamento di una difficile fase di «test» nel corso del processo terapeutico" (Liotti, 2005, p.45).

Conclusioni

La pratica dei trattamenti multipli integrati (come pure un doppio setting) può presentare delle difficoltà di attuazione come ad esempio quelle connesse alla concreta realizzazione di un processo di coordinazione tra i vari professionisti impegnati nella gestione del caso. Alcuni autori non esitano a definire la co-terapia una pratica terapeutica "tecnicamente faticosa" (Liotti, 2005).

I diversi e significativi vantaggi delle co-terapie nel trattamento dei pazienti difficili (o con attaccamento disorganizzato) non possono prescindere da una costante comunicazione tra i terapeuti caratterizzata da reciproca fiducia e autenticità (American Psychiatric Association, Gunderson, 2003; Liotti, 2005).

Riferimenti Bibliografici

- Alexander, F., French, T. M. et al. (1946). *Psychoanalytic Therapy: Principles and Application*. New York: Ronald PreAmerican Psychiatric Association (APA), (2001). Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 158 (10 Suppl), pp. 1-52.
- Bandura, A. (2002). *Il senso di autoefficacia. Aspettative su di sé e azione*. Trento: Centro Studi Erickson.

- Bateson, G. (1972). Steps to an ecology of mind. Ballantine Books, New York: Tr. it., (1978), *Verso un'ecologia della mente*. Milano: Adelphi.
- Bocchi, G. & Ceruti, M. (1985). *La sfida della complessità*. Milano: Feltrinelli.
- Bowlby, J. (1969). Attachment and Loss. Vol. 1: Attachment. London: Hogarth Press (2nd ed.: New York: Viking Penguin, 1984) (trad. it.: *Attaccamento e perdita. Vol. 1: L'attaccamento alla madre*. Torino: Boringhieri, 1976 [1a ed.], 1989 [2a ed.]).
- Bowlby, J. (1973). Attachment and Loss. Vol. 2: Separation: Anxiety and Anger. London: Hogarth Press (trad. it.: *Attaccamento e perdita. Vol. 2: La separazione dalla madre*. Torino: Boringhieri, 1978).
- Bowlby, J. (1979). *Costruzione e rottura dei legami affettivi*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Bowlby, J. (1980). Attachment and Loss. Vol. 3: Loss: Sadness and Depression. London: Hogarth Press (trad. it.: *Attaccamento e perdita. Vol. 3: La perdita della madre*. Torino: Boringhieri, 1983).
- Cahill, L. e McGaugh, J. L. (1998). Mechanism of emotional arousal and lasting declarative memory. In *Trends in Neurosciences*, 21, pp. 294-299.
- Cassidy, J. e Shaver, P.R. (2002). *Manuale dell'attaccamento*. Roma: Fioriti.
- Ceccarelli, M. (2000). Le terapie combinate (biopsicosociali) in psichiatria: elementi per un esercizio sistemico della relazione di cura. *Terapia Familiare*, 62, pp.5-26.
- Cozolino, L. (2008). *Il cervello sociale. Neuroscienze delle relazioni umane*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Cozolino, L. (2010). *The Neuroscience of Psychotherapy: Healing the Social Brain (Second Edition)*. New York: W. W. Norton & Company.
- Edelman, G.M. (2007), *Seconda natura. Scienza del cervello e conoscenza umana*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Erickson, M.H. e Rossi, E. (1982). *Opere:1*. Roma: Astrolabio Ubaldini.
- Farina, B. e Rainone, A. (2005). Una pratica senza teoria (Storia delle psicoterapie a setting multipli per i pazienti gravi), in Liotti, G., Farina, B. e Rainone, A. (a cura di), *Due terapeuti per un paziente*. Roma-Bari: Laterza.
- Fonagy, P. (1991). Thinking about thinking: Some clinical and theoretical considerations in the treatment of a borderline patients., *International journal of Psychoanalysis*, 72, pp. 1-18.
- Fosha, D., Siegel, D.J. e Solomon, M. (2009). *The Healing Power of Emotion: Affective Neuroscience, Development & Clinical Practice*. New York: W. W. Norton & Company.
- Gunderson, J. G. (2003). *La personalità borderline: una guida clinica*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Haley, J. (1967). Advanced techniques of hypnosis and therapy selected paper on Milton Erickson, M. D., Grune and Stratton, New York / London. Tr. it. (1978). *Le nuove vie dell'ipnosi*. Roma: Astrolabio.
- Liotti, G., Farina, B. e Rainone, A. (a cura di) (2005). *Due terapeuti per un paziente*. Roma: Laterza.
- Liotti, G. (2001). *Le opere della coscienza. Psicopatologia e psicoterapia nella prospettiva cognitivo-evoluzionista*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Liotti, G. (2005). Una teoria per la pratica (Attaccamento disorganizzato e psicoterapie a setting multipli), in Liotti, G. Farina, B. e Rainone, A. (a cura di), *Due terapeuti per un paziente*. Roma-Bari: Laterza.
- Manaresi, F., Cotugno, A., Onofri, A. e Tombolini, L. (2008). Le forme della mentalizzazione nei contesti interpersonali. In Liotti, G. Monticelli, F. *I sistemi motivazionali nel dialogo clinico*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Maturana, H. (1993). *Autocoscienza e realtà*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- McGaugh, J.L. (1990). Significance and remembrance: The role of neuromodulatory systems. In *Psychological Science*, 1, pp.15-25.
- Perris, C. (1993). *Psicoterapia del paziente difficile*. Lanciano: Metis.
- Pontalti, I., e Semerari, A. (2003). Il disturbo borderline di personalità: la terapia. In *I disturbi di personalità. Modelli e trattamento. Stati mentali, metarappresentazione, cicli interpersonali* Laterza: Roma-Bari.
- Schore, A. (2010). *I disturbi del Sé*. Roma: Astrolabio.
- Searle, J.R. (2005). *La mente*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Semerari, A. (1999). *Psicoterapia del paziente grave*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Semerari, A. e Dimaggio, G. (2003). *I disturbi di personalità. Modelli e trattamento. Stati mentali, metarappresentazione, cicli interpersonali* Laterza: Roma-Bari.
- Siegel, D. J. (2001). *La mente relazionale*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Siegel, D. J. (2009). *Mindfulness e cervello*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Von Foerster, H. (1987). *Sistemi che osservano*. Roma: Astrolabio Ubaldini.
- Watzlawick, P., Beavin, J. e Jackson, Don, D. (1967). Pragmatics of human communication and problem solution, W. W. Norton and Co., New York; tr. it. (1971). *Pragmatica della comunicazione umana*. Roma: Astrolabio.

Corsi e Master



Master in Psicologia Giuridica

edizione: VI

durata: 240 ore / 30 giornate formative

frequenza: 15 weekend (sabato e domenica - 9.30/13.30 - 14.30/18.30)

sede di svolgimento: Firenze

destinatari: laureandi e laureati in psicologia

modalità di iscrizione: compilazione della domanda

prossima edizione: gennaio - dicembre 2014

costo: euro 2450

accreditamenti e riconoscimenti: patrocinato dal Ministero della Giustizia

rilascia: Attestato e certificato di frequenza



Corso per CTU e CTP in materia di separazione e divorzio

edizione: XVII

durata: 48 ore / 6 giornate formative

frequenza: 3 weekend (sabato e domenica - 9.30/13.30 - 14.30/18.30)

sede di svolgimento: Firenze

destinatari: laureandi e laureati in psicologia

modalità di iscrizione: compilazione della domanda

prossima edizione: autunno 2013

costo: euro 600

rilascia: Attestato di frequenza

Sede di Firenze
Tel. 055 2479220
Fax 055 2477263
eMail segreteria@spc.it
www.spc.it



Scuola di
Psicoterapia
Comparata

Fondata da Patrizia Adami Rook



LA SUPERVISIONE IN VIDEO CONFERENZA. UN'ESPERIENZA IN IRAQ.

di Luca Modenesi
psicologo, psicologia dell'emergenza

Sono passati dieci anni da quando le forze armate americane hanno invaso l'Iraq. Saddam Hussein ed il suo regime sono crollati rapidamente ma la “guerra al terrore”, lanciata dall'amministrazione Bush in risposta agli eventi del settembre 2001, ha comportato nuovo terrore, conflitto e sofferenza per la popolazione civile irachena. Nonostante l'illusionistica dichiarazione del presidente Bush del 2003, la guerra non è finita. La campagna militare “Shock and Awe” ha distrutto non solo il regime ma l'intera comunità irachena: collasso della società civile, frammentazione politica, conflitti etnici, religiosi e settari, impoverimento del sistema sanitario, aumento della violenza tra la popolazione, creazione di rifugiati ed una generale dimensione di paura e imprevedibilità del futuro. Sotto la superficie della democrazia iniziata nel 2004, l'Iraq è oggi un paese a rischio frammentazione interna segnato da un incerto futuro politico (UN, 2011).

Un risultato paradossale della Guerra al terrore in Iraq è l'esacerbazione della tensione tra sciiti e sunniti, l'aumento dell'influenza iraniana in medioriente e l'ingresso in Iraq di gruppi legati ad Al Qaeda (Cockburn, 2006; Cordesman e Burke, 2011) che non erano precedentemente presenti. L'esatto opposto delle ragioni ufficiali che avevano spinto gli Stati Uniti alla guerra. L'invasione e il conseguente conflitto interno hanno provocato la morte di circa 100.000 civili (dati rintracciabili sui siti www.Iraqanalysis.org e www.thelancet.com) e creato un enorme spostamento di popolazione. Negli ultimi sei anni, due milioni di iracheni sono scappati verso i paesi confinanti (Goodyear, 2009). Anche se il numero dei rifugiati è significativamente sceso, secondo UNHCR

(2011) il numero totale di rifugiati è ancora elevato a causa della forte instabilità interna.

Una ricerca pubblicata da PLoS medicine (Hicks *et al.*, 2011) riporta che tre quarti dei civili iracheni vittime di violenza armata sono stati uccisi in omicidi mirati, sia a causa della guerra settaria sia in combattimenti di varia natura, oppure da criminali (Hicks *et al.*, 2011) durante il periodo compreso tra il 2003 e il 2008. Secondo un'altra ricerca (Cordesman e Burke, 2011) nel periodo compreso tra il 2005 e il 2009 l'Iraq ha registrato 180.568 vittime, anche se sempre la solita ricerca, sottolinea che il livello di esplosioni tra il 2004 e il 2010 si è ridotto in quantità ma non in frequenze, poiché avvengono esplosioni quasi ogni giorno. La situazione è tale per cui la popolazione percepisce sempre un elevato rischio. Una situazione fluttuante che ha registrato nel solo 2010 circa 1.000 morti al mese (UN, 2011). Allo stato attuale non è ben chiaro se, come e quando l'Iraq potrà ritrovare un equilibrio ed un senso di pace, ma è indubbio che le conseguenze fisiche, sociali e psicologiche sono enormi e lasceranno tracce per lungo tempo. Entro questo contesto segnato da intense violenze si colloca l'intervento psicologico sviluppato dall'autore come operatore umanitario per una ONG internazionale nell'arco di due anni compresi tra il 2009 e il 2011.

L'organizzazione dell'intervento

A causa delle condizioni di rischio che presenta il lavoro in Iraq il progetto è stato sviluppato in “controllo remoto” dalla base di Amman (le attività di progetto si svolgono in Iraq ma lo

staff risiede in Amman in Giordania). Ciò implica che tutte le attività in Iraq siano organizzate tramite momenti specifici come le visite sul luogo, i contatti quotidiani via e-mail e telefono, l'organizzazione di training durante i quali i counselors iracheni vengono ad Amman e la supervisione tramite video conferenza.

L'intervento è realizzato in partenariato con il ministero della salute iracheno ed in collaborazione diretta con tre unità di salute mentale collocate a Baghdad e Fallujah.

Lo staff tecnico dedicato all'intervento è composto da 4 psicologi, 1 responsabile per la community awareness ed 1 coordinatore per le attività sia cliniche sia di awareness. Lo staff si interfaccia con 3 coordinatori (psichiatri) iracheni e 19 counselor in Iraq. Le attività principali ruotano attorno ai training per counselors e psichiatri, la supervisione clinica quotidiana dei counselors e le visite sul campo. Dal 2009 ad oggi (Giugno 2011) sono stati sviluppati 11 training sull'intervento di counseling di cui:

- 4 rivolti ai counselors in un ospedale di Bagdad,
- 3 rivolti ai counselors dell'ospedale di Fallujah,
- 2 rivolto ai counselors presso un secondo ospedale di Bagdad,
- 2 rivolti solo agli psichiatri.

Il percorso dei training segue un ciclo consolidato: training, attività di counseling, supervisione, round successivo. Ogni corso è di due settimane intensive, gli argomenti scelti sono basati sulla valutazione dei singoli counselors sviluppata durante la supervisione quotidiana, sulle loro eventuali richieste e sulle osservazioni durante le visite di campo. La struttura è simile per ogni corso: la prima settimana si trattano aspetti più generali del counseling, come il processo di counseling, la suddivisione delle sessioni e l'organizzazione degli interventi; la seconda settimana si approfondiscono temi quali l'approccio al trauma, la gestione delle emozioni del counselor, il supporto nell'elaborazione del lutto e pratiche di intervento.

Molti counselors hanno poche (o nessuna) esperienze precedenti, di conseguenza i training mirano a preparare i counselors a forme di

primo intervento psicologico e la formazione deve necessariamente essere ad un livello maggiormente pratico che non teorico.

I counselors ricevono i clienti su base giornaliera e, sempre su base giornaliera, secondo una tabella di marcia, ricevono la supervisione: una sessione di circa 50 minuti durante la quale è offerto uno spazio in cui discutere dettagli di casi particolarmente difficili e affrontare questioni tecniche o emotive che li hanno coinvolti. La supervisione avviene in inglese con ausilio di traduttori. Dall'inizio del 2010 è stato possibile svilupparla su base quasi regolare, con una media di 60 incontri al mese distribuiti sulle tre unità.

A causa delle difficoltà di movimento, le supervisioni si svolgono attraverso un complesso (e costoso) sistema di video conferenza che trasmette in via satellitare. Le unità e la base di Amman sono dotate di stanze riservate alla supervisione stessa in cui campeggia un grande schermo ed una video camera che fa assomigliare questi momenti ad incontri televisivi. Una particolarità di questo progetto che lo rende unico: è infatti una delle pochissime esperienze di conduzione di supervisione clinica in video conferenza, aspetto di cui siamo particolarmente orgogliosi, poiché si tratta di una esperienza pilota e decisamente sperimentale.

Nelle pagine seguenti verranno descritte criticità e caratteristiche di questo aspetto.

Nel corso del 2010 i counselors hanno visitato per almeno una sessione circa 5.000 persone. Un numero che inizia ad essere interessante se valutato in termini di counseling, dove i tempi e le modalità di intervento sono basati più su aspetti di approfondimento che di rapida risoluzione.

Il progetto presenta quindi diverse scommesse, su almeno due livelli diversi:

1. lavorare in Iraq, e in zone particolarmente critiche come Fallujah e Bagdad, in uno dei contesti maggiormente complessi (a causa dei numerosi attori politici presenti) e rischiosi; si tratta di uno dei paesi in conflitto con l'attuale triste primato di violenza e morti a causa di bombe e attentati.
2. Sviluppare la supervisione clinica attraverso il sistema di video conferenza.

Il supporto psicologico

La scelta di sviluppare un progetto di supporto psicologico in zona di conflitto apre (e contribuisce a sviluppare) un ampio dibattito internazionale su questo tipo di intervento. Critici e sostenitori provvedono, con voci diverse, a commenti e punti di vista variegati. In questi anni si è assistito ad un appiattimento degli interventi psicosociali e di salute mentale attorno al concetto di trauma, come se questo fosse l'unico polo attraente e l'unica visione capace di spiegare la complessità umana di fronte ai disastri (naturali o umani). Una sorta di semplificazione epistemologica e clinica che vede (ed ha visto) il trauma dietro ogni evento disastroso, almeno negli ultimi venti anni circa. Giustamente, Summerfield (1999) sottolinea che le guerre e le atrocità ad esse connesse causano sofferenze non necessariamente riconducibili a trauma psicologico o DPTS e avvertendo il rischio che la cultura occidentale medicalizzi tutta l'esperienza umana indotta dal vivere in contesti di guerra.

C'è sempre un fattore culturale con cui è necessario confrontarsi e che non può essere marginalizzato o assimilato come fattore di contorno, ma anzi è centrale nel discorso clinico o dell'intervento in generale. Su un piano simile, si pongono quegli autori che ravvisano una controversia nei programmi di salute mentale durante e dopo le fasi acute delle emergenze; infatti non esiste un accordo generale sul valore del concetto di *Sindrome Post Traumatica da Stress*, o sugli approcci focalizzati esclusivamente su interventi sul trauma psicologico (Ommermen, Saxena e Saraceno, 2005).

Sono inoltre in gioco variabili di altro tipo: quale approccio psicologico offre maggiori risultati in contesti non occidentali? Fino a che punto le tecniche e le teorie dell'uomo occidentali sono applicabili a contesti extra occidentali? In un percorso di continua globalizzazione queste distinzioni hanno ancora valore? Fino a che punto l'aiuto umanitario in genere, ma più in particolare quello di salute mentale offre un incontro tra culture e quando diventa una sorta, un tentativo di clonazione culturale? Quale l'impatto di questi interventi?

Domande alle quali non mi è possibile fornire risposte scientifiche o accademiche, ma che rimangono sempre ben presenti nel procedere del lavoro e che in questi mesi sono state tema di ampio dibattito con i colleghi, a volte anche appassionato, provenendo da scuole di pensiero e approcci terapeutici differenti.

Questo discorso tocca già un nodo critico dell'intervento di salute mentale in Iraq ma valido anche in altri paesi: Come procedere? Quale approccio seguire? Come uniformare i diversi professionisti? Ad oggi non esiste un'unica possibile risposta.

Le risorse a cui si è attento guardano al cognitivismo, come al pensiero sistemico e alla *solution focus brief therapy*. Consapevoli che l'intervento realizzato non deve porsi nell'ottica della psicoterapia ma, più semplicemente (Semi, 1985), mira a ridurre la sintomatologia e ad aumentare la capacità funzionale delle persone, laddove per capacità funzionale significa rispondere in modo "normale" (adattivo) a circostanze abnormali. Per fare un esempio, l'intervento con una madre sconvolta dall'omicidio del figlio a causa di un cecchino, può mirare a ripristinare le sue capacità di prendersi cura degli altri figli senza sprofondare nella propria sofferenza, rinforzando quindi le sue capacità di far fronte alla situazione, affrontando il dolore e sviluppando fattori di resilienza. Si tratta quindi di formare i counselors e sostenerli nello sviluppare un ascolto attivo e partecipe dei propri clienti, aiutandoli a identificare le proprie risorse (personali e sociali), modalità e strategie di coping, contribuire a risignificare l'esperienza davanti al senso di impotenza e smarrimento generato dalla situazione. Ma ci sono anche altre situazioni più "consuete", ovvero situazioni psicologiche che limitatamente dipendono dal conflitto, come i contrasti tra le volontà dei genitori e i desideri dei figli. Dinamiche relazionali in cui entra in gioco tutta la dimensione sociale e culturale araba-irachena, i cui valori e principi sono maggiormente basati sul rispetto dell'appartenenza al gruppo sociale piuttosto che su valori meramente individualistici (Al-Krenawi e Graham, 2000; Okasha, 2007). In questi casi la dialettica tra counselor e supervisori diventa maggiormente simmetrica, poichè il supervisore è un esperto

di dinamiche familiari e il counselor è un esperto della propria cultura, dei limiti di ciò che è ammesso e ciò che non è possibile, così come dei valori portanti. In molti casi nelle sessioni di supervisione, si assiste e siamo partecipi di un attivo confronto socio-culturale in cui ciò che è possibile sviluppare in una determinata situazione, non dipende meramente da una scelta di scuola psicologica, ma da potenti fattori contestuali, dalla relazione specifica e unica tra supervisore e counselor, dalle sue conoscenze e competenze e dall'interpretazione dei significati, dalla realtà che si va socialmente costruendo (Berger e Luckmann, 1966).

La scommessa di sviluppare un servizio di counseling in Iraq è, quindi, ancora agli esordi e comporta un grande sforzo a lungo termine prima di poterne valutare gli effetti e l'impatto; si tratta in effetti di costruire una forma di intervento, di trasferire modalità operative di lavoro, metodologie e pratiche di counseling sufficientemente nuove in Iraq, dove esiste una visione prettamente psichiatrico-farmacologica, un forte e radicato stigma nei confronti del disagio mentale ed un numero insufficiente di esperti.

Nella mentalità arabo-irachena, la malattia esiste prevalentemente come malattia fisica e si cura con i farmaci. Gli iracheni, in molti casi, vogliono una cura ed una soluzione rapida ai loro problemi, spesso lamentano in prima istanza dolori corporali e varie forme di somatizzazioni (Okasha, 2007), e giungono al servizio clinico su invio di altri reparti medici poiché non si trovano cause mediche di tali disturbi. Appaiono inoltre disturbi del sonno e più in generale ansia. Il nodo critico iniziale è cercare di connettere tali situazioni a condizioni emotive o psicologiche. In molti casi le persone mostrano una buona capacità di resistere e affrontare situazioni di grande sofferenza e dolore, quasi ci fosse un'accettazione del disastro portato dalla guerra, ma mostrano più difficoltà nella gestione dei fattori di stress quotidiano (Miller, 2010). Nonostante non esista ad oggi una valutazione d'impatto, l'ipotesi di lavoro si basa sul presupposto che ridurre i fattori di stress quotidiano, non meno di altre situazioni traumatiche, contribuisca a

migliorare le condizioni di vita della popolazione colpita.

Il lavoro dei counselors

In generale la media delle sessioni per cliente si aggira attorno alle tre sedute. Il 72% circa dei clienti riceve tra le due e le quattro sessioni, rari i casi in cui si arriva a più di 4 sessioni; un elemento che deve essere attentamente valutato in futuro, per cui sarà necessario elaborare strategie di supporto ai counselors, al fine di sviluppare piani di intervento più a lungo termine.

Dalle osservazioni svolte fino ad ora emerge che le criticità maggiori riguardo a questo punto sono: la tendenza dei counselors a chiudere rapidamente il caso ai primi segni di miglioramento, così come la tendenza ancora piuttosto diffusa ad interpretare il ruolo del counselor come un advisor, colui che dà suggerimenti. Il counselor diventa una figura direttiva, piuttosto che consultiva, ma tale situazione riflette anche delle caratteristiche culturali per cui il counselor diventa colui che dà prescrizioni (in sintonia con il modello medico). Secondo alcuni autori, i clienti si aspettano che i counselors (come tutte le figure paramediche) spieghino loro la natura dei loro problemi e provvedano con una soluzione, piuttosto che scoprirne una durante il percorso clinico (Al Krenawi e Graham, 2000). La media delle sessioni e i rischi di drop out sono ancora molto alti, in alcuni casi sfiorano il 60% dei casi con oscillazioni variabili da un mese all'altro.

Nella raccolta dati mensile si usa distinguere tra interruzione del trattamento da parte del cliente e conclusione del trattamento. Nel primo caso è il cliente che dichiara di sentirsi meglio e/o non avere più bisogno di proseguire; nel secondo si conclude in base ad un accordo o al raggiungimento di obiettivi condivisi. Si è fino ad ora riscontrata una tendenza a chiudere le sessioni da parte del cliente tramite interruzione volontaria. Anche in questo caso ci possono essere diverse ragioni, da una genuina percezione di miglioramento ad uno stato di dichiarato miglioramento (a volte, specialmente le donne, possono fingersi "guarite" per risparmiare una vergogna sociale alla propria

famiglia di appartenenza), fino a casi di abbandono del processo di counseling.

Allo stesso tempo, culturalmente, il trattamento è spesso meglio percepito ed ha maggior successo quando è breve e direttivo. Il rischio, come indicato da alcuni counselors durante i training, è di essere percepiti come incapaci o incompetenti. Tale elemento potrebbe facilitare la presa di decisione da parte del cliente di chiudere ai minimi segni di miglioramento. Se nel breve termine tale aspetto è considerabile una criticità, poiché sono risolti alcuni aspetti del problema ma non adeguatamente, dall'altro la percezione di sentirsi meglio dopo aver parlato con un counselor può facilitare il ritorno dello stesso cliente per lo stesso problema o per uno simile (non è un caso che una delle maggiori fonti di accesso al servizio sia dovuta al passaparola nella comunità).

Circa un terzo del totale dei clienti non si presentano dopo la prima sessione. Un dato che non appare contraddittorio con i percorsi terapeutici o di counseling in altri paesi, ma che allo stesso tempo (assieme ai casi di drop out) rappresenta un indicatore di possibili criticità nel percorso di counseling, magari dovuto ad una incompleta spiegazione di quale percorso sia il counseling. In particolare il drop out può trovare spiegazioni in diversi aspetti, al di là di debolezze e criticità nelle competenze dei counselors.

Innanzitutto nel mondo arabo c'è un netto orientamento per richieste di interventi di aiuto a breve termine (al momento è allo studio la possibilità di sviluppare interventi di una seduta soltanto della durata di circa un'ora e mezzo. Tale esperienza sviluppata dalla ONG in altri contesti ha dato risultati incoraggianti e potrebbe, in futuro, rivelarsi utile in tutti quei casi in cui i clienti hanno reali difficoltà ad accedere alle unità cliniche per più di una sessione); inoltre, in molti casi, il senso del tempo, la percezione di quanto dovrebbe durare una sessione o della ciclicità delle stesse è molto più fluida rispetto alle culture occidentali (Al-Krenawi e Graham, 2000). In secondo luogo possono esistere altre ragioni che abbiamo ipotizzato in questo arco di tempo con i counselors stessi, tra cui:

- le difficili condizioni di vita e la tensione verso i bisogni primari potrebbero portare molte persone a trascurare il proprio stato mentale e rivolgersi ai counselors solo in situazioni di emergenza al fine di elaborare una soluzione temporanea.

- reali e concrete difficoltà di movimento che non rendono possibile proseguire un percorso di counseling su base regolare (abbiamo stabilito con i counselors di considerare drop out tutti quei casi in cui il cliente non si presenta entro la quarta settimana dal precedente appuntamento; di conseguenza il client file viene chiuso. Tuttavia alcuni clienti tendono a ripresentarsi appena possono o quando sono cambiate le condizioni di movimento).

- tentavi di risolvere i problemi da soli o in altri modi fino al protrarsi di situazioni che divengono insostenibili (ad esempio molti clienti accedono all'ospedale Yarmouk a causa di una richiesta di intervento psichiatrico quando la situazione presenta già elementi gravi e richiede l'ospedalizzazione).

- debolezze del sistema di invio: in molti casi i clienti sono inviati da medici o altri reparti ospedalieri senza un'adeguata spiegazione e introduzione di cosa sia il counseling e di come si svolge l'intervento. In questi casi i clienti arrivano senza nessuna preparazione ma "solo perché gli è stato detto dal dottore" e senza alcuna motivazione.

Il progetto è ancora poco incisivo rispetto ai bambini. Tuttavia in diversi casi i genitori hanno presentato casi che coinvolgevano i propri figli. Allo stesso tempo è necessario sottolineare che la maggioranza dei counselors sono formati a gestire counseling con adulti, mentre l'intervento con bambini richiede competenze specifiche. Recentemente abbiamo realizzato un primo seminario in Iraq sulla gestione del counseling con i bambini. Un tema che merita futuri approfondimenti (sono stati programmati specifici training e workshop sul counseling con minori che verranno sviluppati a partire da Luglio).

Infine, osservando i problemi e i bisogni che hanno generato la domanda di counseling in Iraq in questa fase dell'intervento, si nota che tutte le unità affrontano (in maggioranza) gli stessi problemi: ansia e violenza domestica.

L'ansia in molti casi è dovuta al drammatico cambiamento di vita avvenuto dopo l'invasione e al conflitto interno da essa generato; i sintomi di ansia più frequentemente riportati sono intensa paura, preoccupazione costante o flashback, situazioni dovute a cambi di ruolo sociale, necessità di spostarsi in altre aree perdendo la proprie reti di sostegno e le proprie abitudini, difficoltà di adattamento e, più in generale, il senso di imprevedibilità degli eventi accompagnato dal continuo rischio di morire o di assistere a morti violente.

In secondo luogo si trovano vari fenomeni di somatizzazione (il 18% dei casi, facendo una media tra le tre unità), anche se in molti casi le persone riportano entrambi i sintomi (ansia e somatizzazioni). Un quadro generale che ben delinea l'intensità dello stress vissuto quotidianamente.

Più complessa appare la principale causa riportata dai clienti. In tutte le unità, le violenze domestiche assumono un ruolo centrale nelle richieste di aiuto. Tale categoria include situazioni di conflitto familiare, non necessariamente violenza fisica e problemi nella coppia genitoriale. Una complessa dinamica relazionale in cui il permanere del conflitto accentua i problemi entro le mura domestiche e le famiglie si trovano ad affrontare condizioni di vita particolarmente stressanti. Altre cause che generano sintomi, e quindi richieste di intervento, sono l'esser stati testimoni di abusi e violenze (circa il 23% di tutti i casi riportati nelle tre unità) e l'essere vittima di violenza psicologica (il 16%). Un quadro generale che non solo legittima l'intervento di counseling, ma che descrive condizioni e situazioni purtroppo tipiche di contesti di guerra.

La supervisione clinica in video conferenza

L'aspetto clinico maggiormente interessante del progetto è lo sviluppo della supervisione in video conferenza. La necessità di provvedere a supervisioni a distanza ha comportato lo sviluppo di un sistema tecnologicamente avanzato al fine di fornire i counselors di uno degli strumenti più preziosi ed importanti nel loro lavoro.

La supervisione via video rappresenta una sfida particolare ed alquanto innovativa. Infatti questo processo si svolge in relazione a diversi mediatori, alcuni dei quali presenti anche in altri tipi di supervisione ed alcuni tipici di questo progetto.

I mediatori presenti sono:

- Linguistico, dovuto alla presenza di traduttori durante le sessioni;
- Culturale, dovuto alle diverse provenienze dei supervisori da un lato e dei counselors dall'altro;
- Distanza fisica, introdotta dalla necessità di lavorare in due contesti fisici (spazio-temporali) diversi;
- Il video, vero strumento di comunicazione, che entra a far parte del setting inteso sia come luogo fisico che come luogo relazionale.

In queste pagine si cercherà di descrivere come questi mediatori, soprattutto la distanza fisica e il video, hanno agito ed agiscono sulla relazione di supervisione. L'attenzione è focalizzata su questi due, poiché innovativi e poco studiati rispetto agli altri mediatori.

La supervisione è un processo critico che trova diversi significati e descrizioni terminologiche a seconda degli autori che ne parlano, in generale sono tutti concordi nel dire che si tratta di un processo articolato e complesso che comprende diverse aree, le quali a volte si sovrappongono o si supportano vicendevolmente. Secondo alcuni si tratta di un processo disciplinato e di tutoraggio entro il quale i principi teorici sono trasformati in abilità pratiche e dove aspetti amministrativi, valutativi, clinici e di supporto si intrecciano tra loro (Powell e Brodsky, 2004). Nell'intervento in Iraq, è stata adottata una definizione precisa che vede nella supervisione un'attività negoziata entro la quale un supervisore ed un altro professionista o gruppo di professionisti, condividono delle riflessioni. Il tema centrale di queste riflessioni concerne il lavoro del counselor in modo da fornire un supporto cognitivo ed emotivo indipendente. Il processo di supervisione mira, quindi, ad aumentare le competenze (Jong, 2011) del counselor nel proprio lavoro con i clienti (Lansen e Haans, 2004).

La struttura della supervisione

La singola sessione di supervisione segue una struttura consolidata (che è stata sviluppata ed affinata nel tempo) composta di diversi momenti, organizzati sia rispetto al tipico processo di supervisione, sia rispetto alle criticità intrinseche all'organizzare una relazione di supervisione a distanza e tramite un mediatore forte quale lo schermo video.

Un primo momento (circa 5 minuti) è dedicato all'avvio della relazione. Un momento necessario ed estremamente delicato soprattutto per la necessità di entrare in "sincronia" tra due paesi. Adattamento sincronico dovuto alle differenze temporali (in alcuni periodi dell'anno c'è uno sfasamento di circa un'ora), alla relativa stabilità della Giordania rispetto alla situazione politica irachena, alle differenze nelle temperature climatiche (in Iraq in alcuni periodi dell'anno è particolarmente caldo con temperature che sfiorano i 50 gradi) e non ultima alla sincronizzazione del mezzo comunicativo (controllo audio e video).

Questo breve momento di "riscaldamento" costituisce un rituale necessario per permettere ai diversi attori coinvolti di entrare in sintonia entro uno spazio virtuale protetto (la protezione è garantita non solo dal fatto che la conversazione è sviluppata in assenza di estranei ma anche dal fatto che è regolare e programmata; un momento dedicato ad ogni singolo counselor). Entrano in gioco anche dinamiche propriamente culturali, come ad esempio l'importanza dei ripetuti saluti e domande sul benessere delle persone presenti alla sessione. È un momento conviviale da vivere senza fretta o urgenza. Si chiedono informazioni sulla salute, sui familiari, sulla situazione in Iraq, tanto per accertare lo stato emotivo del counselor e per mostrare la propria vicinanza emotiva. È anche un momento di check audio e video per essere sicuri che la voce sia chiara, che l'immagine sia accurata e che non ci sia un ritardo (veramente fastidioso) tra immagine e suono. Molte volte è capitato che i counselors lamentassero la scarsa visione dell'immagine a scapito della conversazione in atto. Un piccolo elemento di frustrazione del supervisore, magari più attento alle parole che all'immagine. Tuttavia è necessario realizzare

che il contatto visivo è estremamente importante.

Il secondo momento è la domanda di supervisione: cosa vuole discutere il counselor e che tipo di supporto richiede da parte del supervisore. Non tutti i counselors sono capaci in prima istanza di formulare la domanda, ma preferiscono raccontare la storia del caso. Quasi che ci fosse un'urgenza di dire piuttosto che di riflettere, ma anche una modalità di pensiero forse più pratica e diretta e meno metacognitiva. In questi casi è il supervisore, che, armato di pazienza, attende la storia e solo successivamente si accorda sul tipo di aiuto richiesto con domande tipo: come posso esserti di aiuto in questo caso? Come mai vuoi parlare di questo caso proprio oggi?

Le risposte tipiche sono relative a difficoltà nello sviluppare un follow up della seduta o ad un'implicita/esplicita richiesta di monitoraggio del proprio intervento come se chiedessero: ho fatto bene?

Altre volte la domanda ruota intorno a richieste di strutturazione degli interventi. Questa fase di norma è sviluppata in 5 minuti circa o a volte di più a seconda del caso e delle necessità di ristrutturare la domanda. I tempi qui riportati sono indicativi ed utili per riorganizzare la scansione della seduta, ma fluttuanti rispetto al singolo caso e alle necessità di intervento: ad esempio non è escluso che buona parte della seduta si concentri sulla corretta elaborazione della domanda, poiché tale ristrutturazione aiuta il counselor a riorganizzare il materiale ed a raggiungere un più chiaro quadro non solo del caso ma anche di quello che vuole realizzare. Infine rappresenta un ottimo momento di apprendimento del processo di supervisione stesso.

Come in letteratura (Jacobsen e Tanggaard, 2009) le domande tipiche che i giovani terapeuti tendono a richiedere ai propri supervisori sono:

- maggior focus sul caso e sulla risoluzione piuttosto che sul processo,
- tendenza a dare consigli e suggerimenti piuttosto che sviluppare le potenzialità del cliente,
- difficoltà a definire le priorità del cliente,

- tendenza a richiedere una valutazione del proprio operato al supervisore.

Tutti questi aspetti sono stati osservati durante il lavoro di supervisione. I counselor risultano molto preoccupati di questi elementi e prestano meno attenzione alle proprie emozioni e al proprio coinvolgimento nei casi. È stato necessario un lungo lavoro per creare una alleanza terapeutica sufficientemente stabile per arrivare a parlare anche delle loro emozioni. La supervisione rimane ancorata alla discussione dei casi e poco ad una riflessione su stili di intervento o sul processo di counseling in genere, ma questi aspetti seppur importanti potranno essere sviluppati in futuro.

La parte centrale della supervisione riguarda la presentazione del caso in tutti i suoi diversi aspetti (sintesi della storia del cliente, gli accadimenti, i motivi di stress e le ragioni del counseling). Questa fase, che presenta momenti di interazione tra i partecipanti alla sessione, dura circa 20 minuti.

La fase successiva è maggiormente di analisi e riguarda le ipotesi del counselor circa le ragioni della sofferenza del cliente, le richieste o i bisogni espressi dal cliente nel counseling e, infine, la parte di intervento sviluppato dal counselor e/o le intenzioni per le sedute successive. Questa fase occupa i restanti 20 minuti della conversazione ed include anche i feedback del supervisore ed eventuali indicazioni terapeutiche o suggerimenti tecnici.

Il tempo standard è indicativamente di 50 minuti ma in molti casi si sviluppa in 60 minuti. Il massimo dei 60 minuti rappresenta non solo un fattore di standardizzazione del processo ma è anche dovuto ad un limite intrinseco della struttura. Se non si rispettano i tempi altri counselors non potranno accedere alla supervisione quel dato giorno o avranno meno tempo a disposizione. I counselors si connettono in video ogni ora, di conseguenza è possibile che appaia in video un altro counselor, probabilmente di un'altra unità, nel mezzo di una seduta; per questo motivo è di estrema importanza il rispetto dei tempi.

Mai, se non in rari ed eccezionali casi, si è superato questo limite temporale, ma nelle situazioni in cui ci si rende conto che il counselor ha bisogno di approfondimenti la durata si dilata fino ad un'ora. La fase finale si

concentra in ogni caso su conclusione e comprensione dell'utilità o meno dell'intervento dei supervisori, in modo da avere un ulteriore feedback prima di chiudere la sessione e la connessione.

Il counselor riapparirà solo dopo una settimana. Un periodo che a volte appare enorme data la separazione fisica e la rapidità degli avvenimenti in Iraq. La sessione si chiude con un congedo che solitamente ha un elevato impatto emotivo, dovuto sia alla distanza sia alla consapevolezza della ritualità settimanale. L'appuntamento per la prossima seduta diventa un fattore concreto e potentemente relazionale, soprattutto se pensato in un contesto in cui la mancanza di prevedibilità degli eventi e la presenza di violenza e di morte è una costante.

Mentre scrivo questo mi sorprendo a pensare che mai in tutti questi mesi ho immaginato la possibilità di non rivedere uno dei counselors a causa di morte improvvisa dovuta ad omicidio o bomba. Un'eventualità poco remota e assai attuale, e tuttavia nello spazio sicuro della sessione si sviluppa, forse, una sorta di illusoria credenza di sicurezza e quotidianità degli eventi, come se le cose accadessero solo altrove, in contrasto con i racconti dei clienti che sono spesso truci e segnati da enorme violenza. Esiste tuttavia, durante la seduta, un momento di "leggerezza esistenziale". I counselors, e noi con loro, siamo crudamente consapevoli degli eventi e spesso se ne discute in sessione, ma allo stesso tempo, il piacere della conversazione, il rituale settimanale dell'incontro a distanza, favorisce una sorta di dimensione magica. La supervisione diventa così una finestra sui mondi, in cui il counselor può vivere una normalità con due persone (traduttore e supervisore) in un altro paese, non quotidianamente segnato dalla violenza. In alcuni casi i counselors stessi hanno riportato queste dimensioni, sebbene in altre parole, legate alla possibilità durante la sessione di esprimere se stessi e quando necessario le proprie preoccupazioni.

Infine lo spazio della sessione offre anche altre due possibilità. Infatti, a volte, la discussione non è centrata sul caso, ma concerne il materiale amministrativo come le schede raccolte dati dei clienti, come compilarle, quali

codici usare, ecc (sono state utilizzate specifiche schede raccolta dati; tali schede o file hanno doppia funzione: da una parte facilitano il counselor, soprattutto principiante, nella strutturazione degli interventi e dall'altro permettono la raccolta dati per analisi complessive). Oppure si può avere una più diretta conversazione tecnica su vissuti del counselor sia rispetto alla situazione generale in Iraq, sia rispetto ad alcuni casi ad elevato impatto emotivo. In questi ultimi casi la supervisione mira non solo a rinforzare le competenze tecniche ma a supportare il counselor stesso rispetto ai rischi di burn out e ad aumentare le sue capacità di prendersi cura di se stesso.

Criticità e sfide

La supervisione clinica via video include una relazione composta da una triade più un quarto elemento. Il counselor, il traduttore, il supervisore (che sono entro lo spazio del qui ed ora della supervisione) ed il mezzo adottato. Esso di fatto modifica la struttura del setting ed in parte il processo. Se da un lato sono presenti dinamiche tipiche della supervisione, legate alla relazione che si viene ad instaurare tra i soggetti presenti, dall'altro il video svolge un ruolo affatto secondario. Si devono, infatti, tenere in considerazione dinamiche "televisive" che non sono presenti nella supervisione faccia a faccia.

Tramite video si ha un costante feedback del proprio corpo e dei propri movimenti. Ci si muove sempre dentro una relazione triadica in cui il traduttore svolge un ruolo di primo piano. Gli occhi ed il corpo si spostano costantemente dal video (ovvero dal counselor) verso il traduttore, solitamente a fianco del supervisore. In questo momento il counselor diventa osservatore televisivo della dinamica di traduzione. Partecipa a distanza. Si realizza così una perdita temporanea di contatto visivo (non è proprio parlare di contatto degli occhi perché la visione è soprattutto dell'intero corpo).

Tuttavia questa perdita di contatto diretto è compensata dalla narrazione visiva tra traduttore e counselor e tra traduttore e supervisore.

In alcuni momenti il setting assume connotazioni proprie di un setting televisivo. Ad esempio: dove sono posizionate le sedie, a che distanza dalla camera, nel video è possibile riportare le due immagini affiancate supervisore-traduttore da una parte e counselor dall'altra, oppure è possibile ingrandire una immagine, quindi aprire una visione più ampia sullo spazio fisico dell'altro. Ogni supervisore sceglie la propria dimensione. Inoltre c'è un'attenzione alle luci come se si fosse su un setting televisivo. C'è pertanto un continuo rimando non solo all'immagine del counselor, ma anche a quella del supervisore stesso, che rimanda ad un gioco dinamico con la percezione della propria immagine (questo aspetto implica fantasie soggettive, tra accettazione e valutazione della propria immagine, che ogni supervisore e counselor gestisce in accordo al proprio vissuto personale).

Ciò che manca del tutto è il corpo, la possibilità di condividere una spazio reale sincronico, da qui l'estrema delicatezza e difficoltà di gestire le emozioni. Se da un lato tali emozioni possono essere "assorbite" dal video e quindi diviene più facile esprimersi e mantenere una distanza, dall'altro il corpo assente implica un grosso sforzo nella costruzione della relazione di fiducia. La conseguenza maggiore è il lungo tempo necessario affinché la triade si senta sicura e protetta e sia quindi possibile affrontare anche temi delicati quali i vissuti emotivi.

Un vantaggio relativo a questo aspetto è che in video i movimenti del corpo e il linguaggio corporale sono più evidenti e possono essere utilizzati per fornire feedback o comprendere il coinvolgimento emotivo del counselor stesso. Ad esempio durante una seduta con un counselor, si è notato che nel momento della traduzione il counselor aveva portato una mano alla bocca suggerendo una tensione verso il caso ed una aspettativa di risposta; il supervisore ha interrotto la traduzione e chiesto spiegazione di tale gesto. Da quel momento la seduta ha volto verso il coinvolgimento emotivo del counselor, sorpreso positivamente da tale osservazione.

Una criticità rilevata è il mantenimento del setting protetto da intrusioni estere. Una stanza

chiusa solitamente offre uno spazio sicuro e libero da interruzioni, tuttavia la presenza di un video schermo, la necessità di avere un tecnico esperto di problemi di connessioni (internet, satellite ecc) ha reso più fluido l'accesso alla stanza. Nel primo periodo ci sono state diverse "incurSIONI" ed è stato necessario del tempo per evitare tali interruzioni. Va anche sottolineato che la procedura adottata era molto nuova anche per gli altri membri dello staff (compresa la cuoca) che probabilmente, in una prima fase, hanno utilizzato ogni possibile scusa per "dare una sbirciatina" a cosa succedeva là dentro. La stanza di supervisione è divenuta il fulcro del progetto, per cui diverse persone hanno contribuito al progetto senza vedere per lungo tempo né i risultati né il processo (che era riservato ai soli supervisor).

Un aspetto centrale nella supervisione via video riguarda la costruzione della relazione. Tramite video sono assenti quei contatti paraverbali tipici della supervisione faccia a faccia, in un certo senso la relazione mediata dal setting televisivo modifica la relazione. Si parla attraverso una distanza che può essere colmata attraverso una maggiore esposizione di sé. Ad esempio con alcuni counselor è stato importante aprirsi alla conoscenza offrendo aspetti di sé. Un modo per fornire all'altro chiavi di lettura ed una comune base esperienziale ed umana. Allo stesso tempo la cadenza regolare delle sedute garantisce una certa stabilità del processo che permette lo sviluppo della conoscenza reciproca.

Un altro aspetto da considerare è quello culturale, se questo di norma assume valore, in video, può risaltare maggiormente: laddove manca un comune vissuto quotidiano oltre che culturale, la cultura può diventare una difesa quando si toccano punti delicati o controversi o quando i valori socio-culturali sono diversi. Ad esempio, parlare di violenza domestica o di abuso sessuale è sempre molto complesso, richiede molto tatto e attenzione alle dinamiche culturali; in alcuni casi, infatti, alcuni counselor, di fronte ad un problema etico e sessuale hanno avanzato l'idea che c'era una differenza culturale tra un noi e un voi.

Cultura anche come sfida, con differenti interpretazioni, desiderio di conoscere a prescindere, curiosità. Nella relazione a distanza

si introducono elementi di dilatazione della conoscenza e diverse "fantasie" sull'altro in assenza del corpo e delle conoscenze quotidiane. È necessario un continuo sforzo immaginativo, raccontato solo dalle parole. Simile all'immaginazione in una normale seduta faccia a faccia ma diverso perché in questo caso il contesto di vita quotidiana non è condiviso. Ad esempio fantasie circa l'organizzazione familiare, le modalità relazionali entro la famiglia, i luoghi di vita. Uno sforzo cosciente di rappresentare la vita degli altri a distanza. Ciò vale soprattutto per i supervisor espatriati, da poco arrivati in missione, con scarsa conoscenza del mondo arabo.

Ci sono infine resistenze dovute alla differenza di competenze o alla credenza di essere sufficientemente preparati come counselors, difficoltà ad accettare il supervisore espatriato, differenze di mentalità, momenti di aggressività come proiezione sull'altro, difficoltà di comprensione, novità della supervisione come strumento, paura di essere giudicati o valutati, visione del supervisore come giudice della qualità dell'intervento piuttosto che come supporter. Tutti elementi che vanno necessariamente identificati, valutati e discussi al momento opportuno.

Un grosso elemento di disturbo tipico di questo approccio è legato alle interruzioni di linea dovute a problemi tecnici. La relazione "si rompe" o si interrompe. Il pathos che si era creato si frantuma e nei casi in cui la linea è ripristinata è necessario riprendere il filo della narrazione, ricostruire non solo il punto perso ma l'intero setting. L'interruzione di linea ha diversi effetti, tra cui un notevole vissuto di frustrazione, l'idea di non aver completato, di non essere stato completamente utile, la necessità di rinviare al futuro il discorso interrotto. In alcuni casi si è supplito a questa mancanza con testi scritti inviati via e-mail: testi scritti di massimo due pagine in cui sono condensati alcuni aspetti della sessione come la definizione concettuale del problema, le tipiche reazioni a tale problema e le possibilità di intervento adeguate al caso. Un testo breve scritto in inglese e tradotto in arabo, che diviene il tema del discorso durante la successiva seduta e idealmente permette di prolungare attraverso la stanza la relazione.

Nei casi più fortunati è possibile ripristinare la linea, un fatto che comporta non solo una discreta perdita di tempo, ma che coinvolge più persone (i tecnici) tra Giordania e Iraq, provocando “intrusioni” nel setting che ne viene temporaneamente modificato. Fortunatamente la notevole capacità socio-relazionale mediorientale attutisce questo fattore e lo riassorbe rapidamente.

L'insieme di queste criticità intrinseche alla supervisione via video hanno comportato un primo periodo molto più focalizzato sul caso che sul counselor, sulle sue attitudini e sull'interazione cliente-counselor. L'urgenza di provvedere un supporto clinico al caso, la distanza geografica e le difficoltà ad avere incontri diretti hanno contribuito a questa situazione, che tuttavia si è andata a risolvere durante il tempo. Negli ultimi mesi infatti (e dopo due anni di intenso lavoro) la supervisione è divenuta più fluida e flessibile, non solo focalizzata sui casi ma anche su aspetti generali del counseling o su situazioni di self care dei counselors.

Riferimenti Bibliografici

- Alhasnawi S., Sadik, S., Rasheed, M., Baban, A., Al-Alak, M.M., Othman, A.Y., Ismet, N., Shawani, O., Murthy, S., Aliadiry, M., Chatterji, S., AL-Gasseer, N., Streel, E., Naidoo, N., Ali, M.M., Gruber, M., Petukhova, M., Sampson, N.A., e Kessler, R.C. (2009). The prevalence and correlates of DSM-IV disorders in the Iraq Mental Health Survey (IMHS). *World Psychiatry*, 8, 2: 97-109.
- Al-Krenawi, A., e Graham, J.R. (2000). Culturally Sensitive Social Work Practice with Arab Clients in Mental Health Settings. *Health and Social Work*, 25, 1: 9-22(14).
- Berger, P., e Luckmann, T. (1966). *The Social Construction of Reality: A Treatise its the Sociology of Knowledge*. Garden City, New York: Anchor Books.
- Boswell, J.F., Nelson, D.L., Nordberg, S.S., Mcaleavey, A.A., e Castonguay, L.G. (2010). Competency in Integrative psychotherapy: perspective on Training and Supervision. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 47, 1: 3-11.
- Burnham, G., Lafta, R., Doocy, S., e Roberts, L. (2006). Mortality after the 2003 invasion of Iraq: a cross-sectional cluster sample survey. *The Lancet*, 368, 9545: 1421-1428. Disponibile al sito: www.thelancet.com, Giugno 2011.
- Cockburn, P. (2006). *The occupation, war and Resistance in Iraq*. New York, London: Verso Edition.
- Cordesman, A.H., e A.A. Burke. (2011). Iraq: Patterns of Violence, Casualty Trends and Emerging Security Threats. *Center for Strategic and international studies*, February. Testo disponibile al sito: http://csis.org/files/publication/110209_Iraq-PattofViolence.pdf, Giugno 2011.
- Goodyear, E.J. (2009). *The State Of Disaster Risk Reduction In Iraq*. UN.
- Hicks, M.H., Dardagan, H., Guerrero Serda, G., Bagnall, P.M., Sloboda, J.A., e Spagat, M. (2011). Violent Deaths of Iraqi Civilians, 2003–2008: Analysis by Perpetrator, Weapon, Time, and Location. *PLoS Medicine* 8, 2. Testo disponibile al sito: www.plosmedicine.org. Giugno 2011.
- IASC. (2011). Linee guida per gli interventi in emergenza: Inter-Agency Standing Committee. Disponibile al sito: <http://www.humanitarianinfo.org/iasc>, Giugno 2011.
- International Organization for Migration (IOM). (2008). Assessment on Psychosocial Needs of Iraqis Displaced in Jordan and Lebanon. *Survey Report Amman and Beirut*, February, 2008, IOM.
- Jacobsen, C.H., e Tanggaard, L. (2009). Beginning therapist' experiences of what constitutes good and bad psychotherapy supervision: With a special focus on individual differences. *Nordic Psychology*, 61, 4: 59-84.
- Jones, J. (2011). Mental Health Intervention in the Aftermath of a Mass Casualty Disaster. *Traumatology: An International Journal (TMT)*, 5, 3: 7-19. Testo disponibile al sito: <http://www.fsu.edu/~trauma/a2v5i3.htm>, Giugno 2011.
- Miller, K.E., e Rasmussen, A. (2010). War exposure, daily stressors, and mental health in conflict and post-conflict settings: Bridging the divide between trauma-focused and psychosocial frameworks. *Social Science & Medicine*, 70(1), January: 7-16.
- Ministry of Health/Iraq, Central Organization for Statistics & Information Technology, Ministry of Health/Kurdistan, Kurdistan Regional Statistics Office, WHO/Iraq. (2007). *Iraq Family Health Survey*.
- Ministry of Health/Iraq, Central Organization for Statistics and Information Technology, Ministry of Planning and Development Cooperation, Ministry of Health/Kurdistan Region in Iraq, Kurdistan Regional Statistics Office, Ministry of Planning/Kurdistan Region in Iraq, WHO. (2007). *Iraq Mental Health Survey. A Report. MSF. Development of MH program in Lebanon*.
- Okasha, T.A. (2007). Social aspects of ethno-psychopharmacology: an Arab perspective. *International Psychiatry*, 4, 3: 59-61.
- Ommeren, M., Saxena, S., e Saraceno B. (2005). Mental and social health during and after acute emergencies: emerging consensus? *Bulletin of the WHO*, January.
- Orchowski, L., Evangelista, N.M., e Probst, D.R. (2010). Enhancing Supervisee Reflectivity In Clinical Supervision: A Case Study Illustration. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 47, 1:51-67.
- Oxfam International. (2009). *In Her Own Words: Iraqi women talk about their greatest concerns and challenges. A Survey*. GB: Oxfam international. Testo disponibile al sito: <http://www.oxfam.org.uk>, Marzo 2011.
- Rando, R.A. (2011). Adaptive Supervision in Counselor Training. Disponibile al sito <http://ccvillage.buffalo.edu>, Giugno 2011.
- Ronconi, A. (2011). La consulenza psicologica e sessuologica on line in collegamento diretto audio-video.

- Psiconline.it. Disponibile al sito: <http://www.psiconline.it>, Giugno 2011.
- Ronconi, A. (2011). Videoconsulenza come strumento integrativo il setting psicologico tradizionale: verso un uso clinico degli “UMTS” e “Wi-Fi”. Visibile al sito <http://www.pol-it.org>, Giugno 2011.
- Semi, A. (1985). *Tecniche del colloquio*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Silove, D., Manicavasagar, V., Coello, M., e Aroche, J. (2005). PTSD, depression, and acculturation. *Intervention*, 3, 1: 46-50.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2011). Clinical Supervision and Professional Development of the Substance Abuse Counselor: Information You Need to Know. Disponibile al sito: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>, Giugno 2011.
- Summerfield, D. (1999). A critique of seven assumptions behind psychological trauma program in war affected area. *Social Science & Medicine*, 48(10), May: 1449-1462.
- UN (2011). *Regional Response plan for Iraqi Refugees*. Disponibile al sito: <http://ochaonline.un.org>, Giugno 2011.
- Van der Veer, G. (2007). Training Counsellors in Areas of Armed Conflict. *International Journal of Mental Health, Psychosocial Work & Counselling in Areas of Armed Conflict*, 1, 1: 33-43.
- Van der Veer, G. (2008). Developing relevant knowledge and practical skills of psychosocial work and counseling. *Intervention*, 6, 2: 132-139.
- Victor Igreja, M.A., Bas, J.N., Schreuder, M.D., Wim Chr., e Kleijn, M.A. (2011). La Dimensione Culturale Del Trauma Di Guerra Nel Mozambico Centrale: Il Caso Di Gorongosa. Disponibile al sito: <http://www.priory.com>, Giugno 2011.
- WHO-AIMS. (2006). *Mental Health System In Iraq - A report of the assessment of the mental health system in Iraq using the World Health Organization. Assessment Instrument for Mental Health Systems*. WHO, Iraq.

IN CARCERE: CARATTERISTICHE, PECULIARITÀ E DIFFICOLTÀ DEL SETTING

di Valeria Criscenzo, Ronnie Malenotti

dottori in psicologia, tirocinanti post-lauream Scuola di Psicoterapia Comparata

Questo lavoro nasce dalla volontà di approfondire una tematica molto complessa, e per certi versi ancora poco nota ai tanti, che riguarda le caratteristiche principali del setting in un contesto penitenziario.

È comunemente noto che il carcere è un luogo difficile e complesso, possiamo definirlo quasi come una realtà parallela in cui vige una propria legge, determinate regole e gerarchie e che è caratterizzata da dinamiche (logistiche, organizzative, relazionali, ecc.) che non è facile comprendere se non vengono vissute in prima persona. Essendo pertanto un contesto che, per ovvie ragioni, si discosta dalla comune quotidianità, ci siamo chiesti quali possano essere gli elementi caratterizzanti una relazione (terapeutica, di consulenza, di sostegno) con un soggetto detenuto e quali, di conseguenza, le caratteristiche del setting, essendo quest'ultimo l'elemento fondamentale che definisce la relazione fra utente e professionista.

Nel tentativo di dare una risposta a tali quesiti, abbiamo ritenuto opportuno confrontarci, attraverso delle interviste dirette, con delle figure professionali che operano all'interno del carcere di Sollicciano a Firenze, per poter ricevere un riscontro concreto rispetto alle dinamiche da noi indagate.

Di seguito verranno riportate due interviste effettuate rispettivamente con la Dott.ssa Annamaria Carletti, che svolge da sei anni un'attività di volontariato, presso l'associazione Il Varco, con i detenuti tossicodipendenti, e la Dott.ssa Rossana Chimenti, psicologa psicoterapeuta che lavora da ventinove anni in carcere come consulente per il Ministero della Giustizia.

Intervista ad Annamaria Carletti:

D: Di cosa si occupa l'associazione Il Varco?

R: Il Varco è un'associazione di volontariato che opera all'interno del carcere e che si occupa soprattutto di persone tossicodipendenti e del loro inserimento in comunità, particolarmente a San Patrignano; poi capita anche di relazionarsi con altri detenuti che richiedono dei colloqui di sostegno, ma prevalentemente si lavora con soggetti tossicodipendenti. Le principali sedi sono Sollicciano, Solliccianino (istituto a detenzione attenuata), San Gimignano (casa di reclusione) e Prato.

D: Potrebbe descrivere brevemente in cosa consiste la vostra attività di counseling ai detenuti in carcere?

R: La nostra attività di counseling è fondamentalmente basata sulla motivazione, perché sono delle persone tossicodipendenti che hanno avuto una vita abbastanza complicata, non hanno magari mai deciso o, comunque, tentato di affrontare seriamente il problema e quindi è un counseling motivazionale per aiutarli a trovare la motivazione ad entrare in comunità.

D: Quali sono le motivazioni principali per le quali si richiede, o si offre, un sostegno/consulenza alla popolazione carceraria?

R: Un utente può iniziare un percorso in comunità in seguito ad una sua personale richiesta, per cui il detenuto ha già deciso di fare qualcosa, mentre se la richiesta parte dai Ser.T. o dalle famiglie o da altri medici e psicologi esterni, allora sarà compito dei nostri volontari motivare il detenuto ad un percorso alternativo al carcere.

D: Ci sono degli elementi che caratterizzano le attività e i colloqui svolti con soggetti in stato di detenzione?

R: Per i colloqui viene utilizzata la tecnica del colloquio di motivazione di Miller e Rollnick, si fanno per esempio dei “giochi”, del tipo “cosa potrebbe succedere se si rimane in questa situazione?” e “cosa potrebbe succedere con il cambiamento?”, e quindi poi si discute sulle risposte e sulle alternative che vengono fuori dai colloqui. L’atteggiamento dei detenuti è molto vario, se la richiesta parte da loro in genere sono molto disponibili, tenendo presente che sono persone che vivono in un ambiente fisicamente e socialmente ristretto, vedono poche persone, quindi in genere sono favorevoli ad incontrare un volontario perché è sempre un modo per rimanere agganciato con il mondo esterno, per parlare, per rilassarsi, per vedere altre prospettive. Può capitare anche, meno spesso, che la persona che è un po’ spinta da altri (ad esempio Ser.T. o familiari) ad entrare in comunità, si rifiuti di incontrare i volontari; c’è una resistenza non tanto per il colloquio in sé, quanto per andare in comunità. Capita spesso che i detenuti preferiscano rimanere in carcere piuttosto che andare in comunità o che addirittura dalla comunità facciano richiesta per tornare in carcere. Questo avviene perché il detenuto in carcere può decidere volontariamente se partecipare alle varie attività previste (ad es. Yoga, autobiografia, disegno, ecc.), ci sono delle regole in carcere che vanno seguite ma c’è anche la libertà di scegliere di non agire. In comunità, soprattutto a San Patrignano, non c’è questa libertà di scelta, è una comunità di “vita” e vivere vuol dire “agire”.

D: Quali sono le caratteristiche del setting carcerario (tempi, luoghi, tipi di invio, differenze da altri setting, ecc.)?

R: Non esiste un setting carcerario soprattutto da un punto di vista fisico. I volontari vanno direttamente in sezione dove ci sono le celle, in fondo ai corridoi c’è una stanzina, dove spesso non ci sono neanche le sedie, capita di dover andare a prendere gli sgabelli dalle celle, spesso non c’è neanche la stanzina libera, piccolissima, con la finestra con le sbarre, la porta di ferro, dunque un luogo tristissimo. I volontari sono gli ultimi ad avere diritto ad avere i colloqui con

i detenuti, poiché hanno la precedenza il medico, la psicologa o la psicoterapeuta.

Riguardo ai tempi, i volontari possono andare tutti i giorni tranne la domenica e le feste, non hanno vincoli di orari o nel prendere appuntamenti, si ha una lista con le persone che si vogliono incontrare, con nome, cognome, numero di cella e sezione dei vari detenuti, poi bisogna fare richiesta per incontrare una determinata persona, si può portare una borsa trasparente dove possiamo portare un po’ tutto (libri, fogli, agende, ecc.), tranne i computer.

D: La vostra attività prevede un lavoro di rete e quindi una collaborazione con altre figure professionali? Se sì, con quali?

R: Sì assolutamente, all’interno del carcere noi siamo in contatto con gli educatori, con i SER.T., con la magistratura e gli avvocati in particolare, perché i nostri volontari fanno da tramite tra la comunità, il detenuto e l’avvocato. Poi siamo in relazione con altre associazioni tipo il C.I.A.O (Centro Informazione Ascolto Orientamento) che si occupa di riferimenti lavorativi, con l’ufficio educatori che è molto importante perché si occupa delle relazioni tra detenuto e esterno, così come con l’UEPE (Ufficio Esecuzione Penale Esterna).

D: Quali sono i possibili ostacoli che influenzano maggiormente la relazione con i detenuti?

R: Le maggiori difficoltà sono relative innanzitutto alla gestione e organizzazione dei colloqui con i detenuti, in quanto i volontari hanno meno precedenza rispetto ad altre figure professionali come medici, psicologi o psicoterapeuti, mediatori culturali. Capita spesso che i colloqui tra i detenuti e i volontari vengano interrotti, anche bruscamente, da psicologi o mediatori che richiedono l’uso della stanzina, senza tener conto del colloquio in corso, a discapito soprattutto del detenuto che magari sta riportando qualcosa di importante e che deve invece terminare e andare via. Credo che questa sia una cosa bruttissima e vergognosa e che si ripercuote poi negativamente sulla relazione con il detenuto.

D: Quali sono le maggiori difficoltà di organizzazione e con quali organi operanti all’interno del carcere le avete riscontrate?

R: Oltre le difficoltà di organizzazione esistenti, come ho detto prima, con le altre figure professionali, va assolutamente tenuta una relazione molto particolare con gli agenti penitenziari, che a volte manifestano un'eccessiva autorità e dunque non bisogna essere troppo familiari, ma neanche troppo distanti, né troppo aggressivi, né troppo accondiscendenti. Bisogna fare in modo di trovare un grande equilibrio, perché tutto ciò ricade sempre sulla relazione con il detenuto e sui suoi bisogni.

D: In un contesto molto complesso come il carcere, quali sono le difficoltà di natura etica insite nell'attività di un professionista operante all'interno delle mura carcerarie?

R: Da un punto di vista personale, anche con i tossicodipendenti, non si può scegliere l'utente che ci piace di più, però a volte è difficile relazionarsi con delle persone che ci raccontano dei vissuti molto particolari. Da un punto di vista etico a volte ci raccontano delle cose che sarebbe opportuno andare a riferire, ma se lo si facesse... ci chiediamo "sarà vero? sarà un modo per attirare l'attenzione?", in queste occasioni ci si trova combattuti. Capita, a volte, che dei soggetti abbiano raccontato dei reati fatti a persone, e lì occorre prendere delle decisioni...

D: Il vostro operato nel contesto penitenziario si avvale di una supervisione esterna?

R: L'associazione Il Varco è molto piccola, non ha grandi risorse economiche e non può sostenere i costi di una supervisione esterna. Io personalmente mi confronto con il Presidente dell'associazione o con altri professionisti, perché reputo importante avvalersi di un occhio esterno anche perché il burnout, soprattutto in questi contesti, va messo in conto.

Il carcere o si ama o non si ama, come volontari ma anche come operatori che lavorano a contatto con i detenuti, il carcere va amato altrimenti ti brucia; mentre ci si può adattare a tante cose, l'adattamento al carcere non è così immediato soprattutto per il professionista. È un lavoro che se fatto di "pancia" dà tanto, anche come maturazione, si ruba e si apprende anche dai detenuti, se siamo nella giusta predisposizione d'animo per quel lavoro. È importante avere un atteggiamento non

valutativo nei confronti dei detenuti, ma nemmeno avere un'idea salvifica, perché ci bruciamo in poco in tempo.

D: C'è un'azione manipolatoria da parte dei detenuti?

R: Assolutamente sì! In tutti, nel detenuto che è entrato da un mese e in chi è lì da dieci anni; ti usano, occorre stare attenti, loro ti accolgono benissimo perché ti vogliono usare per ottenere delle cose, per il loro benessere, occorre dunque imparare a non farsi manipolare.

D: Alla luce degli elementi emersi, quali sono gli aspetti da migliorare a Suo avviso?

R: Ogni istituto penitenziario ha le sue regole, quindi in generale si cerca di adattarsi a quelli che sono i regolamenti dei singoli istituti, ma ottenuta l'autorizzazione d'ingresso, non si hanno particolari difficoltà e quindi particolari aspetti da migliorare rispetto all'inserimento dei volontari nel carcere.

D: Facendo riferimento al setting carcerario nello specifico, cosa potrebbe essere migliorato?

R: Quando si entra proprio in sezione iniziano ad affiorare le difficoltà, relative e differenti all'istituto cui si fa riferimento, in alcuni ci sono problemi di stanze a disposizione, in altri ad ottenere colloqui con i detenuti in attesa di giudizio. Tutto dipende dalla regolamentazione interna del singolo istituto, pertanto occorre adattarsi continuamente.

Intervista a Rossana Chimenti

D: Come potrebbe descrivere, in linea generica, il ruolo dello psicologo in carcere?

R: L'immagine che in tutti questi anni mi sono fatta dello psicologo, che è poi quella che ci viene richiesta dall'ordinamento penitenziario, è per di più peritale e, per certi aspetti, di comunità. È stato richiesto poi, in modo ambivalente, una funzione di sostegno nei confronti della persona detenuta, soltanto recentemente in forma ufficiale, in seguito ad una maggiore considerazione rivolta ad episodi che da 12-15 anni vengono monitorati rispetto al suicidio e a gesti gravemente autolesivi che avvengono all'interno dell'ambiente carcerario.

D: Quali sono le motivazioni principali per le quali si richiede, e si offre, un sostegno psicologico alla popolazione carceraria?

R: Fondamentalmente il sostegno, una psicoterapia di sostegno, si richiede perché c'è un fattore che forse è importante considerare: la chiusura degli ospedali psichiatrici e la mancanza sul territorio di adeguate strutture supportive. Questo ha comportato che molte persone con problematiche relative a questi contesti incappassero nelle griglie della giustizia, basti pensare che fino a poco tempo fa un semplice oltraggio portava le persone in carcere, ad esempio persone con problemi di discontrollo degli impulsi, o persone altri gravi disturbi psichiatrici, che venivano così tutte portate in carcere, con quello che ciò comporta, in quanto il carcere non è certamente un posto adeguato e predisposto per quello che riguarda la cura. Quindi era nei confronti di queste persone che veniva richiesto il sostegno. Negli ultimi tempi il sostegno viene richiesto spesso, molto spesso, per gli extracomunitari perché hanno la tendenza al gesto autolesivo.

D: Ci sono degli elementi che caratterizzano i colloqui con i detenuti in carcere?

R: Io credo che l'elemento che maggiormente contraddistingue questo ambito è la non libertà, la non scelta, e credo che questo infici profondamente il colloquio. Anche su questo ci sarebbe poi tutto un mondo su cui discutere perché diciamo che paradossalmente l'entrare in carcere può essere un momento molto importante della vita di una persona, certamente in senso negativo, però è da considerare che chi finisce in carcere sono persone che danno poco spazio al pensiero. Il carcere è quindi uno spazio dove c'è la possibilità di una crisi, e quindi la possibilità di un cambiamento, perché crisi, dal greco, è possibilità di cambiamento. Ma c'è anche la possibilità di far riemergere i pensieri, perché è uno spazio dove l'azione è molto difficile, quindi è valorizzato il lavoro sulle sensazioni, e questo è un lato importante su cui, se possibile, intervenire e lavorare. D'altra parte loro sanno che lo psicologo è la figura che poi farà la relazione al Magistrato, che andrà ad influire su eventuali permessi e benefici concessi dalla legge. Questo fa ben capire come sia un

elemento molto inficiante, che incide sulla libertà di lavoro.

D: Quali sono le caratteristiche del setting carcerario (tempi, luoghi, tipi di invio, ecc.)?

R: Il setting carcerario, non so se si possa definire un setting, perché comunque un setting, da un punto di vista psicologico, dovrebbe essere uno spazio che permette la libera espressione dell'altro, dovrebbe essere strutturato per favorire la possibilità dell'altro di lasciarsi andare, di affidarsi. Questo non è assolutamente possibile lì per diversi motivi. Uno, i rumori del carcere: ci sono rumori che per persone che non sono state in carcere sono poco comprensibili. Ci sono le urla, ci sono le cose che sbattono. Nelle stanze poi spesso mancano le sedie. Nelle stesse stanze chiunque può permettersi di entrare in qualsiasi momento, delle volte persino senza bussare.

Quindi vengono toccate, e inficiate, quelle che sono le basi migliori per la relazione. Alle volte può capitare, se si ha molta fortuna, che si riesca a fare un colloquio in una relativa tranquillità, però dipende dalla sorte, non è una cosa standardizzata. Non esistono delle stanze per gli psicologi, né stanze libere e protette per le necessità di utilizzo. Ci sono stanze in cui ci può andare il prete, l'assistente volontario, gli agenti della penitenziaria: qualsiasi figura può decidere di utilizzare queste stanze. Quindi anche reperire una stanza è un grande problema, considerando che a volte ci sono tempi di attesa anche di un'ora. Quando poi c'è la stanza, quindi si ha già una grande fortuna, è necessario trovare le sedie, perché non sempre ci sono. Quello che nella realtà esterna è considerata la base da cui partire, in carcere è un traguardo. Tutto questo per quanto riguarda la stanza, poi dobbiamo considerare, come dicevo, i rumori, le persone che entrano, ed io, fossi in un paziente, non mi affiderei. Non riuscirei ad avere un colloquio perché non c'è il clima per costruire una relazione proficua; questo dipende appunto dalla sorte, e la sorte in psicoterapia non è ammessa come possibilità.

D: Esistono richieste e necessità di doppio setting in collaborazione con altre figure professionali? E se sì, con quali?

R: Questo io l'ho fatto soprattutto negli ultimi tempi con l'intervento con detenuti stranieri,

avvalendomi dell'appoggio del mediatore culturale. Io spesso utilizzo queste figure per la lingua araba, cinese, slava. Il mio ruolo prevede infatti di comprendere l'evoluzione di queste persone, ad esempio per valutare il rischio di comportamenti autolesivi o le prospettive per il reinserimento nella società all'esterno del carcere. Perciò il mediatore è utile ed indispensabile per conoscere queste persone e per comprenderne i modelli culturali, a volte molto diversi dai nostri. A differenza di quando la funzione non è peritale ma legata all'ASL, l'approccio con i detenuti prevede l'integrazione di tutt'altre figure professionali.

D: Quali sono i possibili ostacoli che influenzano maggiormente la relazione con il detenuto?

R: Sicuramente la fatica a costruire uno spazio fisico che permetta un'affidabilità, in più il fatto che comunque io sono una persona che è lì per sostenerlo ed ascoltarlo, ma io sono anche la persona che è lì per giudicarlo. Quindi si forma un sistema molto particolare, difficile e complicato. Un ulteriore aspetto condizionante è che gli psicologi all'interno del carcere hanno a disposizione pochissime ore, erano 64 mensili a testa (siamo 3 psicologi) e sono state ridotte a 16. Quante persone possiamo seguire con così poco tempo a disposizione? Nel carcere di Sollicciano sono presenti 1100 detenuti: pensate sia possibile fare qualcosa così?

D: Nel caso siano presenti, quali sono le maggiori difficoltà di organizzazione? E con quali organi operanti all'interno del carcere?

R: Le difficoltà maggiori credo siano legate al rapportarsi alla Polizia Penitenziaria, perché ci sono alcuni che sono molto disponibili, ma altri fanno un po' fatica a capire il mio ruolo. Alle volte non è facile. E poi credo influisca anche un altro aspetto: il carcere è un'istituzione totale, un'istituzione chiusa ed è difficile integrare il modello di riabilitazione, di rieducazione; perché ciò avvenga sarebbe necessario modificare molte cose. Per di più il carcere, nel suo essere un'istituzione totale, fatica a vedere la psicologia, fatica a vedere un disagio psicologico dietro certi comportamenti, per cui ne deriva che si tende più alla critica ed alla censura. Anche gli stessi nostri suggerimenti faticano molto ad essere accettati, riguardo

magari la partecipazione dei detenuti al lavoro, alla scuola, che potrebbe avere una valenza terapeutica: l'istituzione carcere però predilige la grande sicurezza.

D: In un contesto complesso come il carcere, quali sono le difficoltà di natura etica e deontologica che si trova ad affrontare uno psicologo?

R: Qui si apre uno spaccato, un mondo. Il primo nodo, dal mio punto di vista, è che l'istituzione tende a chiederti, a voler sapere delle cose del rapporto con il tuo paziente. Considerando che per uno psicologo la cura del proprio paziente è al primo posto su tutto, perché quella persona, in ogni caso, se decide di parlare con me, per quanto il nostro rapporto è inficiato in quello spazio, comunque se si apre vuol dire che ha fiducia in me, si fida ed a me permette l'accesso al suo mondo interno, al suo mondo intimo, e questa è una cosa che io devo tutelare, difendere assolutamente. L'istituzione, dall'altro lato, vorrebbe che dicessi cosa mi ha detto quella persona: di fatto io non posso dire cosa mi è stato confessato. Ci si trova quindi spesso in delle situazioni molto sgradevoli. L'altro aspetto è che le note dello psicologo sono considerate come potenzialmente consultabili da tutti; invece le nostre note non possono essere lette da chiunque. Le mie note le posso leggere solo io. Potrebbero essere consultabili se fossero inerenti l'area sanitaria, ad esempio dal medico. Ma per le altre figure e per gli altri diversi contesti non va bene, ed è per questo che io, le mie note, le porto regolarmente via, a casa.

D: Il Suo operato all'interno del contesto penitenziario si avvale di un supporto o di una supervisione esterna?

R: Io ho il mio supervisore personale, ma non è legato al carcere. Lì non è prevista la presenza di un supervisore. Personalmente, se ho dei casi tra i detenuti per i quali ritengo possa aiutarmi un parere esterno, io ne parlo con il mio supervisore privato; ma come ho detto questo è scrupolo mio, in quanto l'istituzione non considera la presenza di una supervisione tra gli psicologi.

D: Alla luce degli elementi emersi, quali sono gli aspetti da migliorare a Suo avviso?

R: Sarebbe per prima cosa necessaria la creazione di uno spazio che possa essere riconosciuto unitamente come lo spazio della parola, e come uno spazio protetto, uno spazio dove il pensiero possa fluire. E per fare questo occorre uno spazio fisico, una stanza che appartenga e che possa essere utilizzata dagli psicologi, e solo da quelli. Una stanza con delle caratteristiche, dove non si può entrare, mantenendo certo la possibilità alla polizia di poter controllare attraverso il vetro, per motivi di sicurezza, ma comunque sia con un regolamento stabilito. Questa è la base. Può sembrare abbastanza surreale, ma se non si parte da uno spazio è inutile, non si può parlare in un corridoio, in piedi, con un paziente, perché se io gli parlo in piedi non gli permetto neanche di poter dire “Ah mi siedo, mi rilasso, e faccio defluire le immagini, i pensieri, i sentimenti”. Se non ho neanche un posto rassicurante, comodo, per poter fare questo, com'è possibile farlo? Come posso pensare di avere una funzione terapeutica nei confronti di quella persona se io non gli do neanche uno spazio di ascolto? Durante i colloqui si è interrotti continuamente, alle volte la porta viene aperta 15 volte perché qualcuno entra. Si può ben capire che non è sostenibile.

D: E quindi, con particolare riferimento al setting, cosa si potrebbe migliorare?

R: È tutto da migliorare, nel senso che, come dicevo, manca uno spazio, la possibilità di avere un ambiente in cui sia possibile lasciarsi andare, considerando che comunque questo non è mai semplice. Altro aspetto importante potrebbe essere, se si vuole fare del sostegno, la necessità di scollegare la figura dello psicologo da quella di consulente peritale, in quanto questa visione interferisce su tutto. Sapere che chi si ha di fronte scrive cose che andranno nelle mani del giudice, e che possono influenzare la propria permanenza in carcere, come ad esempio la possibilità di uscire fuori, per persone che comunque hanno l'azione come elemento fondante. Credo che se questa nostra funzione fosse maggiormente contenuta, o più diluita, magari accordata con il paziente, in modo che possano essere stabilite delle regole sul percorso da fare insieme, dove appunto si verifica la possibilità di lasciarsi andare o quando sia il momento più adatto a poter uscire, perché poi

si possa anche costruire insieme una rete esterna. Ecco, quest'ultimo è un aspetto importante; la possibilità di avere degli agganci con l'esterno, che attualmente sono veramente molto pochi per la maggior parte dei detenuti. È necessario costruire una rete per queste persone perché se non viene fatto e riammettiamo queste persone, non di certo cambiate, nella stessa realtà che ha determinato il reato, non vanno verso niente di positivo. Se io mi potessi porre con il detenuto, come psicologa, come persona che sta dalla sua parte, dalla sua parte sana, e quindi proprio con questa parte sana cercare di costruire delle cose, anche per l'esterno, per progettarsi in un altro modo, allora forse anche il ruolo dello psicologo potrebbe essere vissuto in modo molto più utile e costruttivo. Fin quando il ruolo dello psicologo rimane quello di consulente riguardo a permessi e libertà, il lavoro è molto contaminato. Bisogna poi considerare che se ci fosse la possibilità di vedere le persone almeno una volta la settimana, sarebbe ipotizzabile la costruzione di un rapporto terapeutico. Ma si può ben capire che con soltanto 16 ore mensili sia impossibile fare qualsiasi cosa del genere. Anche con tutta la buona volontà del mondo, 4 ore la settimana sono estremamente insufficienti, inutili. Con queste possibilità non si costruisce un setting, non si costruisce una relazione, non si costruisce niente. Come ho detto all'inizio, il carcere potrebbe essere un momento utilizzabile positivamente, perché una persona potrebbe avere la possibilità di un cambiamento che veda l'utilizzo maggiore del pensiero a discapito dell'agito, considerando questo ambiente uno spazio di recupero collaborativo sia all'interno sia con la realtà esterna, ma per fare questo mancano ancora troppi elementi. Siamo ancora troppo lontano.

Conclusioni

Analizzando i contenuti delle due interviste che riportano l'esperienza diretta di questi operatori all'interno del carcere di Sollicciano e date le premesse del nostro articolo, possiamo rilevare ed osservare che:

- Il sostegno e la consulenza (di ascolto, psicologica, psicoterapeutica, ecc.)

rappresentano per ogni soggetto, ed in particolar modo per il detenuto che vive una condizione di chiusura rispetto al mondo esterno, un momento di “spazio”, di soggettività, di riflessione e di apertura verso l'altro, dinamiche che ovviamente è difficile riscontrare in un luogo come il carcere. Pertanto appare fondamentale, in questo tipo di contesto, il supporto di figure professionali come psicologi, volontari, mediatori ed educatori che, in base alle loro specifiche competenze, fungono da “strumento” in grado di stimolare un cambiamento nei soggetti detenuti, di dare significato ai loro pensieri, dare spazio alla loro creatività, creare delle relazioni con il mondo esterno, fornire percorsi alternativi, lavorare ad una progettualità.

- Non è possibile definire chiaramente un setting all'interno del carcere, anzi appare evidente che molto spesso non esiste un setting in questo tipo di contesto. La relazione tra operatore e detenuto risulta, nella maggior parte dei casi, ostacolata da una serie di elementi, sia interni (atteggiamento del detenuto, difficoltà di setting) sia esterni alla relazione stessa (ad es. difficoltà di organizzazione con altri professionisti operanti nel carcere), che nel loro insieme rendono difficile l'instaurarsi di una buona alleanza con il proprio utente; il rischio, pertanto, è quello di non riuscire a raggiungere gli obiettivi di adeguato sostegno che tale relazione si era prefissata inizialmente.

- Nonostante che l'operato della Dott.ssa Chimenti e della Dott.ssa Carletti sia caratterizzato da attività e obiettivi differenti, da entrambe le interviste emergono elementi in comune: a partire dalla percezione di assenza di setting alle difficoltà di organizzazione con altri operatori, passando da problemi di natura deontologica alla necessità di una supervisione esterna. Infine, sembra piuttosto evidente che esercitare il ruolo dell'operatore fra le mura carcerarie comporti un continuo riadattamento alle regole restrittive di ogni singolo istituto.

In conclusione l'elemento che, dal nostro punto di vista, va maggiormente evidenziato è l'aver rilevato, nel contesto carcerario preso in considerazione, l'assenza di un setting adeguato soprattutto da un punto di vista fisico e strutturale, con conseguenze nel setting relazionale. Un setting inadeguato comporta, di

conseguenza, numerose difficoltà da parte dei professionisti, soprattutto nella costruzione di un setting interno, i quali si ritrovano a dover limitare il proprio operato adattandolo al contesto: ciò che ne risente di più è la relazione con il detenuto.

Approfondimenti

Miller, W., e Rollnick, S. (1994). *Il colloquio di motivazione. Tecniche di counseling per problemi di alcool e altre dipendenze*, Edizioni Erikson.

Corsi e Master



La valutazione del danno psichico

edizione: VIII

durata: 32 ore / 4 giornate formative

frequenza: 2 weekend (sabato e domenica - 9.30/13.30 - 14.30/18.30)

sede di svolgimento: Firenze

destinatari: laureandi e laureati in psicologia

modalità di iscrizione: compilazione della domanda

prossima edizione: autunno 2013

costo: euro 400

rilascia: Attestato di frequenza



Orientarsi nel mercato del lavoro

durata: 16 ore / 2 giornate formative

frequenza: 1 weekend (sabato e domenica - 9.30/13.30 - 14.30/18.30)

sede di svolgimento: Firenze

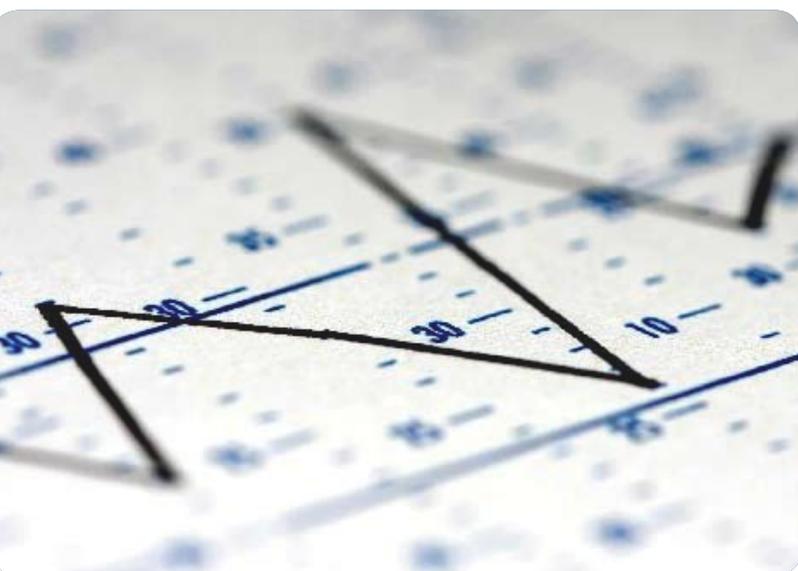
destinatari: tutti coloro che sono impegnati nella ricerca del lavoro

modalità di iscrizione: compilazione della domanda

prossima edizione: 25-26 maggio 2013

costo: euro 140

rilascia: Attestato di frequenza



Dal MMPI-2 al MMPI-2 RF

edizione: II

durata: 16 ore / 2 giornate formative

frequenza: 1 weekend (sabato e domenica - 9.30/13.30 - 14.30/18.30)

sede di svolgimento: Firenze

destinatari: laureandi e laureati in Psicologia, psicoterapeuti, psichiatri

modalità di iscrizione: compilazione della domanda

prossima edizione: autunno 2013

costo: euro 220 (180 per allievi SPC e studenti)

rilascia: Attestato di frequenza

Sede di Firenze
Tel. 055 2479220
Fax 055 2477263
eMail segreteria@spc.it
www.spc.it



Scuola di
Psicoterapia
Comparata

Fondata da Patrizia Adami Rook



SCIENZE, PSICOTERAPIA E...CHIACCHIERE (PARTE I)

di Patrizia Adami Rook
Fondatrice Scuola di Psicoterapia Comparata

L'articolo è tratto dai numeri 9, 10, 11, 12 (1998-1999) di *Simposio, Rivista di Psicologi e Psicoterapeuti*

BREVE PRESENTAZIONE

di Pietro Caterini
psicologo psicoterapeuta, Direttore SPC

Con il numero presente di Quaderni di Psicoterapia Comparata, iniziamo a riproporre gli articoli di Patrizia Adami Rook del ciclo "Scienze psicoterapia e chiacchiere" che furono pubblicati per la prima volta su Simposio - Rivista di psicologi e psicoterapeuti, a partire dal 1998.

Patrizia Adami Rook, fondatrice della Scuola di Psicoterapia Comparata, scomparsa prematuramente nel settembre del 2007, ha ispirato la generazione di colleghi che attualmente lavora nella Scuola e nei centri ad essa collegati. Con immenso piacere ripubblichiamo quella serie di scritti attraverso i quali Patrizia, colloquialmente, ci ha introdotto ad una parte del suo pensiero e ad un lavoro comparato. Nella loro lettura ritroviamo ancora nuovi spunti di riflessione e ci scopriamo, nel nostro lavoro, dentro la traccia che già era stata segnata da Patrizia molti anni fa.

Vi auguriamo una fertile lettura, così com'è stata la nostra.

Forse non aveva del tutto ragione Schopenhauer (del resto quale filosofo l'ha mai avuta?) a pensare che il colore del mare non esisterebbe senza l'occhio dell'uomo che lo percepisce. Lo sviluppo delle scienze esatte degli ultimi cento anni ci ha riportato inesorabilmente all'idea di una realtà forte, a se stante, che in un certo senso se la ride di ogni presunzione da parte del suo osservatore, d'essere stato egli stesso a strutturarla o a contribuire almeno un pochino al suo andamento. Oggi si sarebbe capito a proposito dei nostri sensi (l'occhio di cui sopra), ma anche dei nostri sentimenti, emozioni e tutto il resto, che non si tratta necessariamente di un atto primario, ma di un prodotto di quell'evoluzione che ai tempi di Kant non era ancora granché conosciuta, e che spiegherebbe tutto, accomunando soggetto e

oggetto in un unico destino senza che sia più permesso l'antico gioco di stare a stabilire chi viene prima a determinare l'altro. In quanto alla storia altrettanto antica dei dualismi ricorrenti del tipo soggetto e oggetto, appunto, ma anche mente e corpo, spirito e materia ecc., non sarebbe più il caso di perderci tanto tempo dal momento che basta quest'ultima (la materia) con la sua evoluzione a rendere ragione di ogni altro dilemma.

Insomma la rivalutazione filosofica della realtà che pare essere uno dei fulcri della scienza moderna, dal neurofisiologo Eccles al fisico atomico Pascal Jordan avrebbe avuto come effetto collaterale e indesiderato il ritorno a un realismo quasi pre-kantiano, e con questo, un uso (e un abuso) dell'affettivo "scientifico" un po' ristretto in quanto a significato, quasi un

revival dell'idea che scientifico, vero e attendibile è solo quello che riesce a rientrare negli ambiti di verità delimitati dalle scienze naturali.

Tutto il resto non sarebbe scientifico né vero né attendibile. Rientrerebbe nell'ambito delle opinioni, delle dissertazioni.... insomma delle chiacchiere.

In quel *resto* ci starebbe anche la psicoterapia qualora quest'ultima non potesse essere rigorosamente ricondotta alla psicologia sperimentale, la neurofisiologia ecc. Anche perché la psicoterapia, a cominciare dalla psicoanalisi, suo progenitore, costituendosi come atto comunicativo tra persone, fa largo uso delle parole - già Freud aveva commentato la cosa- quale strumento del suo operare, dunque di chiacchiere. Quando Freud, in difesa della psicoterapia, scrisse che sarebbe stata proprio la scienza a restituire alle *parole* la magia che un tempo gli veniva assegnata dai maghi... come si sbagliava! La scienza - certa scienza - avrebbe invece fatto puntualmente il contrario restituendo le parole alla ... magia, e proclamando nel contempo il proprio totale dissociarsi da quest'ultima. Così la psicoterapia presa tra l'incudine di dovere essere scientifica e il martello di essere fatta molto di chiacchiere, vorrebbe fare lo sforzo massimo di ripulirsi da ogni scoria che ancora la lega a quelle scienze che per alcuni sarebbero tali solo per modo di dire, tanto... umane quanto presuntuose nel credere di potere guardare all'uomo oltre e anche a prescindere dal fatto di essere di materia organica. Sarebbe però un errore. Essa (la psicoterapia) cadrebbe dalla padella nella brace della perdita definitiva di fondamenti suoi propri e contentarsi di una epistemologia presa a prestito da altri, magari dalla medicina, non farebbe bene alla salute della sua scientificità. Si tratta ancora di chiacchiere?

Ebbene sì. Ma ci sono chiacchiere e chiacchiere, quelle su cui si fondano le scienze (comprese quelle positiviste), e le chiacchiere che le scienze riescono facilmente a smontare e a dimostrarne l'inconsistenza, anche se, ahimè, non sempre quest'ultima vorrà mantenersi tale e magari andrà a fondare, come dice anche Kuhn, altra nuova scienza.

C'è una filosofia dietro ogni metodo scientifico, che piaccia o no ai positivisti puri, se cambia la

filosofia sottostante il metodo, cambia anche quest'ultimo e può darsi si facciano nuove scoperte... scientifiche e che queste, a loro volta aprano nuove strade alla ricerca...scientifica, ai nuovi metodi, le nuove filosofie e perché no? Le nuove chiacchiere. Dunque.....

Dunque non si creda che la rivalutazione filosofica della realtà connessa alle scoperte scientifiche degli ultimi cento anni, consenta, quando si tratti dello studio e la cura dell'uomo un ritorno al passato realismo tout court e alla tradizione positivista, così senza colpo ferire. Il colpo ci sarebbe eccome. Perché la psicoterapia studia l'uomo mentre lo cura (e viceversa) e la cosa avviene tra *uomini che si pongono domande* ovverosia in un campo in cui l'ideale della sperimentazione classica, l'organo in isolamento, non funziona granché. Si deve ricorrere ad un altro ideale: per esempio quello dell'esistenza di diversi livelli di realtà correlati tra loro e pur tuttavia ognuno con una struttura e un dinamismo da studiare *in sua re*, frutto della nuova coscienza di una realtà a se stante che fa parte sì, dell'eredità positivista della scienza, ma che dalla tradizione positivista si distingue proprio per questo. Il livello di realtà costituito da quello che accade tra soggetti che chiacchierano insieme con l'intento uno di rispondere alle domande di cura dell'altro, è tutt'altro rispetto a quello che succede nel frattempo nei loro organi. Può darsi che le due realtà siano collegate tra loro? Come no. Che ad ogni emozione, sensazione, intento dei due (ma potrebbero essere anche di più), corrispondano precise attività del loro cervello? Come no. Che quelle attività sia possibile misurarle? Questo la sappiamo già dai tempi di Helmutz. Ma attenzione, le correlazioni esistenti tra livelli di realtà affatto differenti, non consentono di ridurre (Ah il riduzionismo tanto caro ai positivisti!) quello che accade su un livello a quello che accade sull'altro, né di assegnare una volta per tutte all'uno (il famigerato substrato organico) il ruolo solido di causa e all'altro quello effimero di effetto. Così, senza colpo ferire. Nemmeno se è vero che, intervenendo sul primo (penso agli psicofarmaci) si ottengano risultati apprezzabili anche sul secondo. Nel senso che i comportamenti e le emozioni annesse mutano e mutano anche i pensieri. Perché è vero anche il contrario e già Freud

L'aveva intuito quando pensò che un trauma potesse stare alla *base* di una malattia. Oggi si dice ancora di più. Tanto di più che è permesso ipotizzare, senza tema di essere deliranti, un substrato psicologico o psicosociale alla base di modifiche su quello organico. Allora, a proposito di strati, quello in cui interviene la psicoterapia non è meno *sub* di qualsiasi altro riguardo il problema dell'essere dell'uomo (così lo chiamerebbe Heidegger) e il problema del suo non riuscire ad essere quello che vorrebbe.

Dunque tornando all'occhio di Schopenhauer e al colore del mare, tanto per chiudere in bellezza, studiare la composizione biochimica dell'uno e dell'altro è bene, ma rinunciare a credere di potere, così facendo, carpire il senso che ha per un uomo starsene lì a guardare il mare, è meglio. Meglio ancora provare a porgli qualche domanda e mettersi a chiacchierare con lui. Poi, dopo avere riflettuto su quello che si è detto, tornare a chiacchierare con lui.

Capitolo 2

Parlare insieme

L'idea ricorrente che sia il soggetto, nonostante tutto, a costruirsi il suo mondo e a decidere in qualche modo della realtà fuori di lui, non è poi così impossibile come potrebbero credere i cultori del realismo a tutti i costi. In fondo è sempre stato il soggetto a chiedersi che cosa ci sia mai al di là, al di fuori di lui, ancora il problema dell'essere di Heidegger, ma anche di Eraclito che parlava di *oggetto "chiuso alla ricerca"* e al quale *"non porta nessuna strada"*, e Kant naturalmente, che per non rassegnarsi all'idea del *noumenon*, l'inconoscibile, inventò le categorie attraverso le quali si sarebbe comunque resa possibile l'esperienza umana. Già l'esperienza: così il soggetto se la ride a sua volta dell'inaccessibile e vi accede e il noumenon o mondo oggettivo o realtà a se stante, comunque lo si voglia chiamare, si trasforma nel mondo del soggetto umano, gli diventa familiare, prevedibile quanto basta, direbbe Hartmann, per potercisi orientare. Dove si colloca il livello di realtà dell'esperienza umana? Né dentro il soggetto, né fuori, forse fra dentro e fuori, linea limite tra lui e quello che sta oltre, e fissata da quanto i suoi sensi gli

rivelano in proposito, ma anche i suoi pensieri, affetti ecc. Si tratterebbe anche di quella stessa esperienza, nella fattispecie quando fosse stata traumatica, che Freud invocò (e non è facile dire se Freud si rese mai conto fino in fondo del colpo che stava assestando al modello medico per il quale la *causa* di una malattia doveva essere reperibile solo sul piano organico) quale possibile causa di un esserci ed orientarsi nel mondo da... malati, o comunque in modo tale da costituire un problema, nell'accezione etimologica del termine, "problema", qualcosa che sporge e va oltre le capacità del soggetto di comprendere, di contenere e di sopportare il disturbo che quel problema gli arreca. Stava nascendo il modello psicoterapeutico.

A questo punto c'è da chiedersi quali siano le condizioni perché, chiacchierare insieme (come nel caso della psicoanalisi e delle psicoterapie da essa derivate, e poi delle psicoterapie tutte...) riguardo un problema che qualcuno accusa a un altro come proprio, con la domanda che quello lo aiuti a risolverlo, diventi metodo che possa dirsi adeguato, la strada giusta per arrivare a carpire il senso, a comprendere di che problema si tratti. Non solo, c'è da chiedersi anche se continuare a chiacchierare insieme, ossia proseguire in una conversazione che porterà sì, ad approfondimenti del senso in questione, ma anche, con quegli approfondimenti, a implicazioni sul piano emotivo e comportamentale degli interlocutori, insomma a un'altra esperienza sui generis, possa portare anche alla risoluzione del problema di uno di loro e perché.

In altri termini, posto che la psicoterapia operi su un piano di realtà che non è quello organico e posto che il riconoscimento dei due piani, *quali diversi livelli di un unico meccanismo* non possa affatto tradursi per la psicoterapia, nel disconoscimento di una propria *autonomia di livello*, resta da stabilire se il livello di realtà di cui tratta la psicoterapia, fatto delle emozioni, dei pensieri e dei comportamenti di qualcuno per cui l'esserci nel mondo in quel momento lo disturba al punto tale da indurlo a comunicare la cosa a qualcun altro, possa essere trattato dalla stessa in modo che quello che già Freud chiamò successo terapeutico si dimostri avvenuto (nel caso sia avvenuto) e si possa

altresì dimostrare che non sia avvenuto per mero caso (ovverosia senza che si abbia coscienza di aver usato un metodo quale che sia).

In quanto al livello di realtà o *strato* di cui tratta la psicoterapia, il fatto che possa modificarsi in conseguenza di indesiderabili modifiche verificatesi all'altro livello, ciò non autorizza ad affermare l'inconsistenza del primo e neanche a considerarlo ininfluenza riguardo l'andamento o il decorso di quello che accade all'altro. Poniamo il caso dell'insorgenza di un tumore. Esso è portatore di per sé di nefasti significati di minaccia alla sopravvivenza e quindi di stress emozionale che a sua volta potrà avere conseguenze deleterie all'altro livello, quello organico e già compromesso dalla malattia. Tanto più che se riguardo l'insorgenza di quel tumore si dovessero riscontrare dei determinanti legati alla storia di vita del malato, (ancora una volta a qualche sua brutta esperienza) mancare di intervenire su quella storia, che è compito della psicoterapia, potrebbe significare riesporre il malato, anche se al momento risultasse clinicamente guarito sul piano organico, a riammalarsi.

Ma torniamo al parlare insieme. Una volta dirottata l'eziologia su tutt'altro piano rispetto a quello tradizionale, anche ogni altro discorso relativo alla terapia doveva gioco forza uscire fuori da quest'ultimo, seguire il primo e inoltrarsi per una nuova strada, un nuovo metodo poco o per nulla esplorato fino a quel momento. Per Freud si trattò di parlare insieme (tra medico e paziente) alla ricerca di una verità perduta, nascosta alla memoria e da nascondersi alla coscienza, non solo del soggetto interessato, ma anche a quella comune e del medico stesso, che si sarebbe potuto rifiutare (e forse fu quanto successe quando Freud rinnegò quello che si era appena azzardato ad affermare, ovvero che a qualcuno fossero davvero accaduti dei fatti tali da farlo ammalare, per ricorrere all'idea che quei fatti fossero accaduti solo nella fantasia) di arrivare a sapere oltre i limiti della sua tolleranza a ... sapere. Una brutta verità. Brutta e da dimenticare e per questo dimenticata ecc. e verità in quanto tutta quella bruttura si riferiva a un evento che doveva essersi effettivamente *verificato nella vita del*

malato, ovvero, a un livello di realtà che non si esaurisse a quello costituito dalla sua fantasia. Una brutta esperienza alla quale assegnare un ruolo forte di causa rispetto a quegli effetti -la malattia- che avrebbero portato il soggetto a chiedersi: perché mi succede questo? Perché sto male? E a chiederlo al medico. Ora, se parlare insieme alla ricerca di una causa, stante al di fuori dell'immediata comprensione e dell'evidenza richiama l'anamnesi medica e la diagnosi, quando l'oggetto della ricerca non è il corpo del malato perché non è lì che si presume si nasconda la causa ma è la sua stessa esperienza allora.... tutto cambia.

Capitolo 3

La questione del metodo

Chissà se lo sforzo del soggetto umano di riordinare il suo mondo dividendone gli eventi in cause ed effetti così da comprenderlo, renderlo sufficientemente prevedibile e potere operare su di esso, adattarcisi ma anche adattarlo ai suoi bisogni per sopravviverci ecc. possa riallacciarsi all'esperienza di ognuno di noi d'accorgersi presto d'esser nato - scaturito da qualcun'altro, causa del nostro esserne l'effetto e trovarsi a esistere, radice di ogni problema ontico nonché di quello del bene e del male (malattie comprese) che andremo poi a sperimentare per tutta la durata della nostra esistenza. Ancora chiacchiere? Chiacchiere legittime però perché i filosofi e anche gli scienziati, insomma tutti coloro che si sono sistematicamente interrogati sul perché di questo e di quello, lo hanno fatto da adulti. Persone coscienti, alle quali Piaget avrebbe sicuramente riconosciuto l'aver raggiunto la fase del pensiero formale e però immemori di quelle esperienze che strutturatesi agli albori della vita andarono a costituire la *premessa formatrice* della loro coscienza...adulta (ma quando esattamente cominciò a diventarlo?) e del loro pensare e interrogarsi sul *perché* di questo e di quello. Certo è che il soggetto umano non ha mai cessato di sforzarsi di rintracciare la causa di quello che succede e che gli succede - ed è l'eterna domanda che ogni nuovo bambino torna a formulare alla sua mamma (perché?) e pare che la cosa gli sia anche servita, a sapere... la verità via via che ce

n'era bisogno. Già, la verità. Se Kant avesse aggiunto alle sue categorie di spazio e di tempo quella della verità (ma col dare tanta importanza alla *relazione causale* ci andò molto vicino) forse avrebbe fatto bene, perché l'esperienza umana diventa insopportabile se accade di non riuscire più a discernere, proprio quando sarebbe più utile farlo, ciò che è vero da ciò che è falso. Per esempio in caso di malattia. Quando il reperimento della verità, la diagnosi corretta, costituisce la *conditio sine qua non* perché il soggetto umano acquisisca il potere di modificare con cognizione... di causa gli effetti indesiderabili di quest'ultima. E poco importa a quel soggetto, che il principio di causa ed effetto, egli torni a revisionarlo e metterlo in discussione (già Hume lo aveva fatto) ridefinirlo ora come non lineare ma circolare oppure complesso, ora soltanto in termini di probabilità che accada questo anziché quest'altro. Quello che al soggetto umano importa è discernere - e anche ogni diagnosi medica è un atto di discernimento - dove intervenire e se sia possibile farlo con esattezza *sufficientemente buona*, nel concatenamento ingarbugliato di eventi e di livelli di realtà in cui questi si presentano, in modo da aumentare le probabilità che questo (anziché quest'altro) si verifichi (diventi vero). Potrebbe trattarsi di una questione di vita o di morte come, per il malato grave, la ricognizione della causa della sua malattia il modo in cui sia possibile mutare quel fatto nell'altro, assai più desiderabile, almeno ai fini della sua sopravvivenza, della guarigione. Ma potrebbe anche darsi, per il soggetto umano, a meno che non sia uno scettico e faccia come Ponzio Pilato che della questione volle lavarsene le mani, di rischiare di ammalarsi per non essere riuscito a sapere la verità e preferire morire piuttosto che rinunciare alla speranza - *chi non spera l'insperabile non lo troverà*, diceva Eraclito - di poterla trovare. Sappiamo del sangue versato dagli uomini di ogni tempo in nome della verità, compresa quella scientifica. E sappiamo anche dei tradimenti e delle... rivoluzioni di quest'ultima che, una volta scoperta, finalmente, e trovata la causa di questo o quel fenomeno oscuro, tornava con allegra perfidia a produrre altri fenomeni oscuri, così da nascondercisi dentro e rinnovare al soggetto umano ancora e ancora la sfida al gioco della ricerca. Ma come per le chiacchiere c'è verità e verità: c'è quella

insulsa, anche se inoppugnabile, e quella per cui talvolta ognuno sarebbe pronto a combattere e anche a morire o fare morire qualcun altro pur di non dovere continuare a vivere in sua assenza, come se in sua assenza, e a questo proposito sono state fatte molte chiacchiere in ogni tempo, non avesse più senso il proprio continuare a esserci nel mondo.

In quanto alla questione del metodo, *come e dove* cercare la verità se dentro di sé, come tornano via via a proporre gli idealisti, o fuori del proprio percepirsi come soggetto, e così ripetere il paradosso di provare a conoscere, sperimentandolo, l'oggetto inconoscibile, oppure tra dentro e fuori, e considerare quel dentro e quel fuori livelli diversi di una realtà impossibile da conoscere tutta contemporaneamente, perché innumerevoli possono essere i livelli su cui si svolge e c'è da chiedersi se mai ci sia, tra quei livelli, una relazione in qualche modo... causale e in quale modo... insomma non è una questione da poco. Non lo fu nemmeno per Freud quando ritenne di non potere più credere alla verità della sua *neurotica* (eppure l'aveva appena proclamata quale scoperta importantissima e *caput nibili della psicopatologia*) e voleva ciò nonostante continuare a credere che il metodo che aveva usato per arrivarci fosse quello giusto. Se alla *base* di ogni caso di isteria non c'erano *uno o più episodi di esperienza sessuale precoce della prima infanzia* (Breuer aveva parlato di esperienze traumatiche in genere), allora cosa c'era? Quale la causa di quella malattia? Quale la verità? I casi erano due: o il metodo era davvero giusto e allora a causare quella malattia dovevano essere stati proprio quegli episodi e quelle esperienze, oppure quegli episodi non erano mai accaduti, e allora il metodo scelto per arrivare a sapere la verità riguardo le cause della malattia era sbagliato. *Tertium non datur*. O almeno non avrebbe dovuto esserlo. Il fatto che Freud avesse bisogno proprio di quel terzo per salvare il metodo e lo trovasse ricorrendo all'idea di *una realtà psichica* che da quel momento in poi, disse, avrebbe dovuto essere presa in considerazione *accanto alla realtà pratica*, non risolse il problema del reperimento della verità.

Fu come dire che a causare la malattia erano stati sì quegli episodi e quelle esperienze (lesioni biografiche anziché organiche) ma

accadute...dentro e non fuori i soggetti interessati, ovvero a un livello di realtà con cui si poteva salvare capre e cavoli in quanto a mantenere il metodo e al tempo stesso tranquillizzarsi e tranquillizzare la comunità scientifica rimasta, pare, indignata dalla sua scoperta, che non c'era più da mettere in gioco la rispettabilità dei padri e di tutto il mondo adulto che pareva scoperto ad abusare sessualmente dei bambini *molto più di quanto non si potesse immaginare*. Meglio per tutti optare per l'ipotesi opposta, ovvero che quegli incresciosi episodi fossero accaduti... fuori molto meno di quanto non immaginassero i soggetti in questione. Meglio per tutti fuorché per quei poveretti, o meglio quelle poverette, che una volta diagnosticate come visionarie, oltreché isteriche, e relegate nella loro realtà psichica, avrebbero perso ogni chance di essere credute dal loro medico, anzi da questo meno che da chiunque altro, di dire il vero (nel caso in cui l'avessero detto) riguardo a quanto era loro accaduto nella prima infanzia anche nell'altra realtà.

Capitolo 4

Non si pensi che essere o non essere creduto dall'altro quando entra in gioco la ricerca della verità sia ininfluente riguardo il destino dei giocatori impegnati in quella questione. Ponzio Pilato non credette a Gesù Cristo. Non che avesse niente contro di lui, anzi, ma si chiese: qual è la verità? E volle lavarsi le mani del problema e del sangue di chi professava di sapere quale fosse e dove si potesse trovare. Chissà come sarebbero andate le cose se invece gli avesse creduto.

Se Freud avesse dato più credito alle sue pazienti e meno ai colleghi che si erano affrettati a considerare una *favola scientifica* il fatto che durante l'infanzia delle stesse potesse essere successa...una certa cosa e che tra quella cosa e il sintomo isterico potesse esserci un nesso causale...

Le donne di allora e quelle a seguire avrebbero avuto un altro trattamento e la psicoanalisi un altro sviluppo. Ma Freud era un medico. Quando spostò l'attenzione dal corpo alla storia di vita delle sue malate, così traslocando verso il

nuovo modello, dal vecchio si portò dietro (poteva fare diversamente?) alcuni bagagli concettuali di cui non era facile sbarazzarsi e uno di questi, quello di *ritenere auspicabile procedere indipendentemente dai dati forniti dal paziente*, gli tornò poi comodo per uscire dall'empasse in cui si era cacciato con la teoria della seduzione. In quanto alla verità...*τι εστι* chiedeva Socrate ai discepoli che lo interrogavano in proposito, cos'è ciò di cui tu parli? Che è un po' quello che si fa in psicoterapia quando si chiede: qual è il problema? Ma il problema, proprio perché sfugge alla comprensione del suo portatore (paziente?) ed è ciò che va oltre e al di là di ogni risposta disponibile al momento, è sempre altro rispetto a quello che al momento si presume che sia. Ma c'è una cosa che il maestro non può fare e neanche lo psicoterapeuta, (e neanche Freud, a mio parere doveva farlo) quella di lavarsene le mani appunto, o di non curarsi di quanto l'altro già sa e considera *vero* riguardo il proprio esserci nel mondo e di non curarsi del bisogno che quello ha di essere creduto per potersi sentire compreso e credere, a sua volta, che valga la pena ascoltare e provare a comprendere quello che l'altro risponderà. In quanto a rispondere l'altro non ha scampo. Non c'è *analisi della domanda* né silenzio, né interpretazione, né altra domanda che non si costituisca comunque come risposta, a meno che tutto quello che sappiamo dell'atto comunicativo tra soggetti umani siano solo chiacchiere insulse. Lo psicoterapeuta non può non rispondere e lo fa, anche quando pensa di non farlo, risponde personalmente, e non ha oggetti né strumenti attraverso i quali *trattare* l'altro, se non le *sue* risposte che, a dispetto dei *modelli*, sono solo le sue (possono forse essere quelle di un altro?). Ma c'è di più. C'è il fatto che si è solo in due in psicoterapia perché il terzo, quello che invece è sempre presente tra paziente e medico, l'oggetto concreto della conversazione, il corpo malato di uno dei due e che è quello che è (malato) a prescindere da ogni altra interpretazione, realtà a se stante e che però si fa sentire (fa male), ragione per cui le parti entrarono in relazione, in psicoterapia tende a mancare, e non senza conseguenze per quanto riguarda quello che succede tra le parti in questione, tra chi si offre come colui che sa curare e chi si rivolge a quella fonte di *sapere* per essere curato. Neanche qui si tratta di

chiacchiere insulse anzi, è qualcosa di cui si parla troppo poco e che invece segna una linea di demarcazione netta tra i ... giochi che quelle parti attuano ogni volta quando chi cura è un medico oppure è uno psicoterapeuta. Quando il terzo, viene a mancare, manca l'oggetto, quello su cui i soggetti si *pongono domande* (il corpo, la testa che duole l'organo malato) e al suo posto subentra qualcosa che non può mai diventare oggetto vero, ché l'esperienza di uno dei due è inesorabilmente soggettiva ed è soggettivo il suo bisogno di essere creduto di dire la verità e al tempo stesso quello di doverla ancora trovare. Ma chi sta male, sia che il suo male si collochi sul piano organico oppure su tutt'altro piano, sia che vada dal medico o dallo psicoterapeuta, ha bisogno di sapere, (Perché sto male? Cosa posso fare per guarire?) o che qualcun altro sappia quale sia la verità e glielo faccia sapere. Il fatto è che un posto oggettivo dove cercare la causa del male - il corpo - manca e mancano i rimedi ... *oggettivi*, i farmaci già confezionati per modificare gli effetti di quella causa, e manca il metodo oggettivo, la procedura che basta avere imparato per sapere come reperire la verità. In quanto alla paura di sapere la verità o il bisogno di volerla ignorare, questo può succedere, ma non c'è bisogno di ignoranza che non sia per il soggetto umano, grande esperto nei conflitti di questo genere, strettamente collegato col bisogno opposto di sapere. E quello che si vuole sapere... quando si vuole sapere, è sempre la verità. In quanto all'altro fatto, di non riuscire talvolta a credere di poterla mai trovare, né che qualcun altro possa farlo, nemmeno quanto basta al momento per riuscire a sopravvivere, insomma la perdita della fiducia e della speranza nell'insperabile (che in questo caso non si troverà) ebbene non resta che... restare malato, fino forse a morire, o forse no. Ma lasciamo stare per ora le chiacchiere sul significato per il soggetto umano del suo essere malato, e del suo continuare a esserci nel mondo come tale e torniamo alla differenza tra malato e malato, quello che va dal medico e quello che va dallo psicoterapeuta e alla differenza del gioco delle parti. Se si gioca solo in due in psicoterapia, chi domanda e chi risponde, e tra questi due soggetti umani non ci sono a garantire che si stia dicendo la verità, né farmaci, né qualcosa di fisico che da un altro livello di realtà rispetto a

quello della comunicazione che si sta svolgendo tra i due, si costituisca come... oggettivo... ebbene il fatto di credersi per riuscire a comprendersi, e viceversa, riuscire a comprendersi per credersi si pone come unica garanzia di potere insieme discernere ciò che è vero da ciò che è falso e trasformare quella comunicazione in diagnosi e cura al tempo stesso secondo un *modello* che non è più quello medico. Perché se si può ragionare della propria malattia col medico, discorrere su questo o quell'organo che fa male o non funziona come dovrebbe o tutt'e due le cose, su questo o sul quel sintomo ma non si può nello stesso modo ragionare della propria esperienza, cercare quella che ci fece male nel mentre che quel male ancora lo si sta sperimentando. O meglio si può, ma la conversazione si svolge in tutt'altri termini e la relazione che si costituisce tra gli interlocutori è affatto diversa. Si può dire: "dottore ho male di testa" mentre la testa duole, ma è difficile dire: "ho un delirio" mentre si sta delirando. Il male di testa si pone come complemento d'oggetto rispetto a un soggetto che ce l'ha e comunica all'altro tale suo spiacevole avere, il delirio no. Esso stenta a diventare complemento d'oggetto rispetto a un soggetto che non può comunicare di avere niente del genere perché è egli stesso delirante e la sua posizione è ormai diventata quella paradossale del mentitore che se denuncia di esserlo non gli si può credere proprio perché si sa che mente. Ma il delirio è comunicazione a sua volta, sia pure non convenzionale, e il delirante avrebbe bisogno a sua volta di essere compreso per tornare, attraverso quell'esperienza a comprendere se stesso e il mondo in cui abita. Né la cosa è tanto diversa per chi, senza arrivare a delirare, soffre di emozioni che non comprende e di comportamenti che vorrebbe evitare, e che non si spiega perché non riesce a farlo. Anch' egli chiede di essere compreso e che l'altro lo aiuti a comprendersi (come potrà mai guarire se non sa di che cosa è malato?) ma la sua domanda sarà essa stessa sofferente... sintomatica, così come per chi delirava era delirante, il sintomo *attraverso* il quale comunicare sul sintomo stesso: un pasticcio.

“STORIA DI UN CORPO” DI DANIEL PENNAC

di Rachele Bindi

psicologa psicoterapeuta, specializzata presso la Scuola di Psicoterapia Comparata

Per l'uomo il corpo costituisce un problema che non è stato spiegato.

*Non solo il suo corpo gli è 'estraneo', ma
anche il suo paesaggio interiore,
i ricordi, i sogni e le parti più profonde,
il Sé, gli sono estranei*

E. Becker, Il diniego della morte

Nell'ottobre 2012, circa dieci anni dopo il suo ultimo romanzo, Pennac ha pubblicato “Storia di un corpo”, edito in Italia da Feltrinelli. Daniel Pennac, pseudonimo di Daniel Pennacchioni, ha scritto numerosi romanzi, saggi, fumetti e libri per bambini. In lingua originale, il titolo di quest'ultima fatica era “Journal d'un corp” pubblicato da Gallimard. Si potrebbe pensare ad un *journal intime*, un diario, insomma. Invece il giornale in questione è più una cronaca, un diario di bordo, un romanzo molto lontano dalle atmosfere di Belville cui Pennac ci aveva abituato con il ciclo di Malaussène.

Il protagonista della storia ha scritto il suo diario del corpo (una cronaca di cosa il corpo fa, come reagisce, dalla sua infanzia alla sua vecchiaia) e lo lascia in eredità alla figlia, che lo legge il giorno dopo la morte e lo regala allo scrittore (come Pennac ci chiarisce nell’“Avvertenza”).

Il protagonista annota nel diario la vita del suo corpo dagli anni 30 (quando aveva 13 anni) fino al 2010 (quando è ormai un ottantenne).

Il diario è preceduto da una lettera che il protagonista lascia alla figlia insieme ai quaderni, in cui spiega il loro significato: “più lo si analizza, questo corpo moderno, più lo si esibisce, meno esso esiste. Annullato, in misura inversamente proporzionale alla sua esposizione. Di un altro corpo ho tenuto il diario quotidiano; del nostro compagno di

viaggio, della nostra macchina per essere”. Si tratta, come continua il protagonista, di un diario “sorpresa per sorpresa” i cui salti temporali corrispondono ai momenti in cui il corpo si è fatto dimenticare.

Leggendo i quaderni, si rilegge la storia attraversata dalla società occidentale (con la guerra e la rivoluzione del maggio del '68) e dalla sua cultura (con l'arte, il cinema, la comunicazione, la società e il costume). L'intento del protagonista però non è quello di tracciare la storia della società, ma di riuscire, tenendo un diario del suo corpo, a non avere paura: né la paura di soffrire, né quella di avere reazioni che non può controllare (il sudore, le secrezioni del corpo vengono in questo modo accettate, integrate al godimento del corpo).

Pennac ci accompagna in questo modo nel viaggio dalla pubertà all'invecchiamento, senza nascondere nulla, né il sesso, né la malattia, né la morte.

In un'intervista, Pennac stesso chiarisce: “il mio protagonista è ostile all'idea di scrivere un diario, come qualcosa di aleatorio scritto in preda alle emozioni e invece il mio protagonista vuole essere molto preciso. È stata la voglia di raccontare non i sentimenti o l'anima di un personaggio, ma una vita attraverso la tensione che un uomo ha nei confronti proprio del suo corpo ed è appassionante per me perché il soggetto è anche l'oggetto della scrittura”.

Ma si può scrivere solo del corpo? Possiamo veramente escludere la psiche quando narriamo?

Un tentativo quindi di escludere la parte emotiva e narrare solo le reazioni del corpo, tentativo che però fallisce ogni volta che il protagonista parla: non riesce a non parlare della voce stridula della madre, nella cui descrizione riconosciamo la genitrice anaffettiva; cogliamo nel suo bisogno adolescenziale di modellare il suo corpo come la tavola anatomica del Larousse sia il desiderio di esistere come uomo che quello di creare un collegamento con il padre perso nell'infanzia. Le emozioni non rimangono fuori dal diario, anche se non vengono raccontate esplicitamente: l'odore dell'amata tata Violette, il sapore del caffè di cicoria degli anni di guerra, il profumo asprigno della merenda povera a base di pane e mosto d'uva che lui ricorda come buonissima, sono espressioni emotive.

Mentre leggevo il romanzo, non sono riuscita ad astenermi dall'operazione del terapeuta in seduta: non ho potuto evitare di pensare alla psiche del protagonista mentre parla del fratellino immaginario, del legame con il nipote, dei suoi sogni che fanno capolino tra le pagine del diario.

In una conferenza del 1935 Jung disse: “Il corpo è per l'uomo un amico di cui non fidarsi, spesso produce ciò che non vorremmo, noi diffidiamo di lui, vi sono infatti nel corpo troppe cose che non si devono menzionare. Il corpo serve spesso, psicologicamente, a personificare la nostra Ombra”.

Mentre pensavo allo scopo ultimo di questo diario del corpo, ho ritrovato un articolo di Elie G. Humbert (Rivista di Psicologia Analitica, N.51/95) che cita: “Jung afferma che il sé nasce nel corpo. Finalmente è ciò di cui si tratta. L'inclinazione, la china, l'adesione in cui riconosciamo il sé sono sensazioni che appartengono al corpo-soggetto. In quanto tali, sono coscienti, ma la loro origine è un movimento inconscio. Può trattarsi di una pulsione, un bisogno, un desiderio, un complesso, ma anche il soggetto inconscio, il sé. Si capisce l'importanza di lasciare che questa coscienza del corpo si sviluppi, e di imparare ad essere questa coscienza. Meglio del mentale, essa è alla giunzione del conscio e dell'inconscio. È in ciò un organo del sé. Se il vissuto della coscienza del corpo è il miglior approccio al sé, pone allo stesso tempo

numerose domande alla teoria che se ne fa abitualmente”.

La “Storia di un corpo” di Pennac potrebbe forse assumere questo significato di ricerca della coscienza del corpo, ma anche, a mio avviso, quello di diario di bordo in cui ognuno di noi riconosce somiglianze con il proprio viaggio individuale.

DEXTER MORGAN: TRA ROMANZO E REALTÀ

di Alberto Batini, Marco Lavopa, Carlotta Pinna
dottori in psicologia, tirocinanti post-lauream Scuola di Psicoterapia Comparata

Le serie televisive in ambito poliziesco hanno sempre affascinato gli spettatori attraverso storie di ogni tipologia di delitto, storie di investigazione, storie di personaggi in bilico tra il fare la scelta giusta o quella sbagliata, storie piene di dilemmi morali, storie di persone alle prese con il complesso mondo della criminalità. Il punto di vista utilizzato per queste serie è stato quasi sempre quello della polizia, numerose équipe scientifiche e numerosi investigatori, dai più convenzionali ai più stravaganti, si sono susseguiti nella ricerca della verità e della giustizia. Ma questo non è il caso di Dexter Morgan.

Dexter è una serie televisiva statunitense prodotta dal 2006 e tutt'oggi ancora in corso. La serie è basata (solo per quanto riguarda la prima stagione) sul libro romanzo di Jeff Lindsay "La mano sinistra di Dio". Il protagonista di questa serie, Dexter Morgan, è all'apparenza un tranquillo e sorridente ematologo della squadra omicidi della polizia di Miami, ma in realtà il personaggio nasconde un oscuro segreto: Dexter è un serial killer. Un assassino diverso dal solito serial killer brutale e ai margini della società. Dexter è integrato nella società: ha una ragazza, una sorella, un lavoro rispettabile. Dexter è intelligente, meticoloso e manipolatore. Egli uccide seguendo un proprio codice personale, che gli impone di trucidare solamente altri assassini. Dexter ha dei principi, dei valori, una sua umanità. Queste caratteristiche lo rendono un personaggio unico nel suo genere, un personaggio che ha conquistato milioni di spettatori in sette stagioni, all'interno delle quali Dexter prova sempre più a comprendere se stesso attraverso le sue esperienze, i suoi delitti, i suoi "amori" e le sue "amicizie".

In questo articolo si è scelto di esaminare il protagonista facendo esplicito riferimento alla

prima stagione della serie televisiva. Le ragioni che sottostanno a tale scelta sono motivate dal fatto che l'evoluzione del personaggio perpetuata nel corso delle stagioni è plausibilmente dovuta a scelte di tipo narrativo che potrebbero avere inficiato l'autenticità della caratterizzazione psicologica del protagonista. Un punto di forza di questa serie sta anche nella solidità psicologica del suo protagonista che lo rende stranamente credibile, ordinario, quasi reale. In questo articolo vogliamo guardare con un "occhio psicologico" Dexter Morgan per comprendere se la sua personalità è davvero così realistica come ci viene raccontata.

Caratteristiche psicologiche di Dexter

Dexter Morgan è un personaggio dalla personalità estremamente aderente al quadro diagnostico del DSM-IV-TR (APA, 2004) "Disturbo Schizoide di personalità" (vedi Quadro 1). L'affettività di Dexter è fortemente alterata, caratterizzata dal distacco emotivo e dall'incapacità a provare ed esprimere un ampio spettro di emozioni; prova una marcata indifferenza nei confronti di relazioni che implicino un coinvolgimento intimo. L'unica persona alla quale abbia mostrato un attaccamento affettivo e con la quale abbia instaurato un legame più profondo nell'arco della sua vita è il patrigno Harry, suo unico confidente. Tale difficoltà è talmente marcata da non consentirgli di instaurare un rapporto confidenziale con alcuno, nemmeno a seguito della morte di quest'ultimo. Non pare inoltre interessato a critiche o elogi da parte degli altri, ai quali reagisce con freddezza. Il parere del patrigno è l'unico di cui tiene conto, costruendo in base a questo un sistema di valori a cui si attiene rigidamente anche a seguito della sua morte. Nei momenti di maggior stress ed indecisione la figura normativa del patrigno

viene proiettata in una realtà allucinatoria nella quale gli è possibile continuare a confrontarsi con lui, evitando di doversi fidare con qualcun altro. Con tutte le altre persone che fanno parte del suo ambiente - la sorellastra, i colleghi di lavoro e la partner - mantiene un rapporto superficiale, che cela la propria personalità dietro comportamenti, atteggiamenti ed azioni costruite e studiate per simulare quelle altrui, al fine di apparire “normale”. Non prova alcun piacere a svolgere attività che implicano un contatto sociale, nelle quali spesso è costretto a confrontarsi con il senso di estraneità nei confronti della coloritura affettiva che permea i vissuti altrui e con il senso di vuoto che ne deriva. Le relazioni intime e sessuali sono dunque ripugnantate ed evitate: in Rita trova per questo motivo la partner perfetta, in quanto anch'essa, reduce da esperienze traumatiche verificatesi nel corso della sua precedente relazione, mantiene una certa distanza nel rapporto con Dexter ed evita qualsiasi tipo di implicazione sessuale. L'unica attività dalla quale Dexter trae un forte senso di piacere è l'omicidio. Tale caratteristica non è tipica del disturbo descritto dal quadro diagnostico di cui sopra, tuttavia è coerente con il secondo criterio (Predilezione per attività

solitarie o che implicano relazioni del tutto superficiali). Prendendo come modello di riferimento l'ICD-10 (WHO, 1992) (vedi Quadro 2), tale comportamento risulta altresì in linea con la caratteristica “indifferenza alle norme comportamentali e alle convenzioni sociali”. L'omicidio, in qualità di atto antisociale estremo, è massima manifestazione di tale principio, rimarcato dalla sola aderenza al suo proprio codice comportamentale, quello di Harry. Le uniche convenzioni sociali alle quali Dexter presta attenzione sono quelle che gli consentono di mantenere l'apparente immagine di normalità, non mancando tuttavia di risultare goffo ed inappropriato in alcuni contesti sociali. Dexter mostra inoltre una fortissima propensione alla riflessione introspettiva e si interroga costantemente circa le proprie pulsioni, osserva la discrepanza tra la propria realtà e quella altrui, e tenta di trovare risposta al proprio disagio interiore, che, seppure compensato dall'atto omicida, lascia in lui un forte senso di vuoto ed estraneità rispetto alla realtà che lo circonda. Tuttavia non pare mostrare a tale riguardo quell'eccessiva preoccupazione che permetterebbe di soddisfare l'ottavo criterio del quadro descritto nell'ICD-10 (WHO, 1992).

Criteri Diagnostici DSM del Disturbo Schizoide di Personalità

- 1) Il soggetto non prova desiderio o piacere ad avere relazioni strette con altre persone, inclusa la famiglia
- 2) Predilige quasi sempre attività solitarie o che implicano relazioni del tutto superficiali.
- 3) Ha poco o nessun interesse in relazioni ed esperienze sessuali reali.
- 4) Non prova vero piacere in nessuna o quasi nessuna attività.
- 5) Manca di amicizie strette o confidenti oltre ai parenti di primo grado.
- 6) Appare emotivamente indifferente a critiche o elogi.
- 7) Dimostra “freddezza” emozionale, distacco oppure appiattimento emotivo.

Quadro 1

Criteri Diagnostici ICD-10 del Disturbo Schizoide di Personalità

- 1) Freddezza emozionale, distacco o ridotta affettività.
- 2) Limitata capacità di esprimere sentimenti sia positivi sia negativi verso gli altri.
- 3) Significativa preferenza per le attività solitarie o di scarso impegno partecipativo.
- 4) Mancanza (o numero ridottissimo) di amicizie o relazioni strette, e assenza del desiderio di averne.
- 5) Marcata indifferenza a elogi o critiche.
- 6) Il soggetto non ricava piacere da nessuna o quasi nessuna attività.
- 7) Indifferenza a norme comportamentali e convenzioni sociali.
- 8) Eccessive preoccupazioni verso fantasie o pensieri introspettivi.
- 9) Scarso desiderio di esperienze sessuali che coinvolgano un'altra persona.

Quadro 2

Ad arricchire il quadro psicologico, si inseriscono dei tratti ossessivi, ben rappresentati dai rigidi rituali con cui porta a termine le uccisioni. Tale caratteristica è evidente anche nell'ossessione per il sangue, oggetto di studio del suo lavoro nonché trofeo degli omicidi.

Dexter come serial killer

Si può definire un serial killer (SK) un soggetto che mette in atto in prima persona almeno due azioni omicidiarie distinte (nello stesso luogo o in luoghi diversi) (De Luca, 2001). Per parlare di assassinio seriale, è necessario che il soggetto mostri intenzionalità di uccidere, anche se poi gli omicidi non si compiono e le vittime sopravvivono: l'elemento centrale è la ripetitività dell'azione omicidiaria. L'intervallo che separa le azioni omicidiarie può andare da qualche ora ad anni interi e le vittime coinvolte in ogni singolo evento possono essere più di una. Le motivazioni che spingono all'omicidio seriale sono varie, ma c'è sempre una componente psicologica interna al soggetto che lo spinge a tale comportamento ripetitivo (ibidem).

Nel corso degli anni, gli studiosi si sono occupati del fenomeno dei SK hanno cercato di spiegarne anche le cause d'origine producendo diverse teorie, le quali concordano tutte su un punto: l'importanza della presenza di esperienze traumatiche nell'infanzia e nell'adolescenza degli assassini seriali. Ma perché ciò non accade per tutti i bambini che subiscono queste condizioni? Perché, secondo gli autori, tali condizioni sono solo parte del sistema relazionale del quale lo individuo è parte.

È possibile classificare un SK rispetto a diverse variabili: il movente, il numero di soggetti, la modalità. Tale classificazione fa riferimento ad uno specifico modello sistemico-relazionale presente in letteratura con l'acronimo S.I.R. (De Luca, 2001), il quale considera il comportamento osservabile di ciascun individuo (sia quello della persona normale che quello dell'assassino) come la risultante dell'interazione fra le caratteristiche innate del soggetto, le sue predisposizioni (fattore individuale, I), i sistemi sociali nei quali si trova

inserito (fattore socio-ambientale, S) e le relazioni (fattore R) - dalle iniziali di questi tre fattori nasce l'acronimo del Modello SIR - che stabilisce con essi e che si vanno a formare tra i diversi ambienti. L'omicidio seriale è quindi il prodotto della combinazione circolare fra questi tre fattori che interagiscono tra loro, con importanza variabile da individuo a individuo, e della diversa intensità dei rispettivi sottofattori (SF). Si tratta dunque di un modello in linea con i più usati in psicologia, come il modello diatesi-stress (Monroe e Simmons, 1991) e il modello bio-psico-sociale (Engel, 1977), specifico per spiegare il comportamento dei serial killer. Proviamo adesso a collocare il personaggio di Dexter Morgan all'interno di queste tassonomie.

Movente

Il personaggio di Dexter secondo tale classificazione, rientra nella categoria "controllo del potere", nella "sottocategoria del missionario" (OS-CP M). Trattasi di un soggetto che impersona alla stesso tempo il ruolo di giudice e di giustiziere: l'assassino decide di eliminare un determinato gruppo di persone (prostitute, vagabondi, in questo caso altri assassini), perché ritiene che non sia degno di vivere. Nel Modello SIR questa pulsione omicida del SK è giustificabile dal suo desiderio di sentirsi importante, che non può essere realizzato pienamente in nessuna altra sfera della vita sociale. Il personaggio di Dexter non collima perfettamente con questa descrizione in quanto uccide degli assassini sia perché non meritevoli di vivere, sia a causa della dottrina di suo padre, il quale lo ha indirizzato a liberare la sua pulsione omicida solamente verso altri assassini.

Numero di soggetti

Dexter si caratterizza quasi esclusivamente come omicida seriale individuale, si occupa da solo delle proprie vittime, colpisce e sparisce nel nulla, senza lasciare tracce dietro di sé. La caratteristica principale di questi soggetti è di avere una vita immaginativa molto ricca, che va a compensare la carenza di stimoli ricevuti dall'ambiente esterno. La loro solitudine li porta a sviluppare maggiormente un mondo di fantasia che, col passare degli anni, diventa il

mondo fantastico dove preferiscono vivere. Attraverso l'omicidio il soggetto cerca di trasferire le sue fantasie nel mondo reale, operazione che gli procura una soddisfazione solo transitoria e che lo spinge, al termine dell'intervallo emotivo di appagamento, a ricercare ulteriori vittime.

Modalità d'esecuzione

Dexter corrisponde pienamente ad un SK a "pianificazione totale" (OS-Pt). In questo caso l'assassino non lascia nulla al caso, egli cura attentamente la scelta della vittima, la preparazione ed esecuzione degli omicidi, la disposizione dei cadaveri. Nella realtà è difficile trovare assassini seriali di questo genere perché la probabilità che alcuni dettagli sfuggano al controllo del soggetto aumentano nel progresso della serie omicidiaria; tale tendenza è dovuta alla minore meticolosità nella programmazione dei delitti, poiché compiuti con sempre maggiore impulsività.

Il *profilo professionale* dei SK è uno degli aspetti presi in considerazione nello studio degli assassini seriali. Nel caso di Dexter il personaggio è classificabile come SK la cui professione sia in rapporto con l'autorità. Nella realtà, tali individui cercano di entrare nelle forze dell'ordine, spesso senza successo, per utilizzare a proprio vantaggio gli strumenti che la società mette a difesa dei suoi cittadini. Il caso di Dexter non è molto diverso: nella storia il suo personaggio è adottato da un poliziotto che lo avvicina fin da subito all'ambiente della polizia; la sua professione di ematologo gli permette di avere a portata di mano preziose informazioni rispetto le sue vittime e di acquisire la competenza di saper coprire perfettamente le sue tracce.

Il *modus operandi* degli omicidi seriali di Dexter è uno degli aspetti che maggiormente l'hanno caratterizzato agli occhi dei suoi fans. Andiamo ad analizzarlo utilizzando come parametro caratteristiche di SK reali. Dexter, dopo aver scelto accuratamente la sua vittima, la droga per farle perdere i sensi e poterla così disporre accuratamente all'interno di un'area preparata da lui stesso in precedenza. Ciò che egli definisce "il tavolo (*the table*)". Una stanza "asettica" completamente rivestita di plastica con al centro appunto un tavolo sul quale la vittima è legata con altra plastica o del nastro

isolante. Il nastro isolante è molto utilizzato dai reali serial killer nella fase di cattura della vittime grazie alle sue notevoli proprietà elastiche e resistenti. Dopo aver legato la vittima Dexter la fa rinvenire per illustrarle le motivazioni che l'hanno portata a "meritare il suo tavolo". In questa fase è particolarmente evidente la caratterizzazione di assassino come controllore del potere. Il personaggio prova evidente piacere nella consapevolezza di tenere la vita di una persona nelle sue mani. In questo breve scambio con la vittima, con la quale il protagonista cerca quasi sempre un dialogo, Dexter ha l'opportunità di rivelare il vero Sé, di discutere, di fare domande e a volte di riflettere sulle sue azioni passate. È probabile che questa parte del suo *modus operandi* sia tra le più romanzate; non ci sono infatti riscontri di reali SK che si avvicinano con tale confidenza e lucidità alla vittima. Dexter uccide le sue vittime sempre con armi bianche. Molti SK reali prediligono le lame come arma del delitto, perché permettono una particolare vicinanza con la vittima, uno spazio di intimità fisica. Permettono di toccarla, di umiliarla. Dopo aver ucciso la vittima, generalmente con un'unica coltellata al cuore, Dexter smembra la vittima così da poter occultare al meglio il cadavere nell'oceano, nascosto in buste di plastica. Lo smembramento del cadavere nei reali SK ha un significato di gratificazione sessuale e psicologica molto importante per l'assassino ed è ulteriore dimostrazione della potenza esercitata sulla vittima indifesa. Prima di uccidere, Dexter procura al malcapitato una lieve ferita sulla guancia per raccogliere poche gocce del suo sangue su un vetrino. La raccolta di trofei è un aspetto caratteristico di molti SK. Il trofeo non è semplicemente un simbolo che aiuta il soggetto a ricordare qualcosa di piacevole (come un feticcio), si tratta bensì di uno stimolo visivo forte che ha funzione afrodisiaca e spesso consiste in una parte del corpo della vittima (in questo caso il suo sangue). Tale oggetto è utile nel prolungare e intensificare il ricordo del delitto commesso. La scelta del tipo di oggetto spesso fornisce elementi utili per scoprire la personalità dell'assassino. A tal proposito è interessante notare le similitudini tra il *modus operandi* del protagonista e le modalità del trauma subito nella sua infanzia.

Credibilità del personaggio Dexter

Come si è visto in precedenza, Dexter è estremamente aderente al profilo di una persona con disturbo di personalità schizoide. Forse lo è anche troppo, verrebbe da pensare, considerando che possiede tutti e 7 i sintomi elencati dal DSM-IV-TR, quando ne basterebbero solo 4 per fare diagnosi di tale disturbo. Persino la “iper-normalità” sociale di Dexter, ben inserito nel lavoro e ben visto da tutti (salvo rare eccezioni), per quanto possa sembrare dissonante con il quadro diagnostico del disturbo schizoide, può risultare credibile se la si vede nell’ottica di quanto evidenziato da Lorna Benjamin (1993; 1997): alcuni schizoidi vivono una vita apparentemente molto convenzionale, con una famiglia e un lavoro, sebbene mantengano, dal punto di vista emotivo, le altre persone a distanza, cosa che Dexter fa regolarmente. Akhtar (1992) inoltre suggerisce che alla base di questo apparente distacco ci sia un intenso bisogno degli altri e una certa capacità di responsabilità interpersonale con poche persone accuratamente scelte (per Dexter sono ad esempio suo padre o sua sorella Debra). Dexter ha quindi costruito una sorta di “falso Sé” iper-normale in grado di mimetizzarsi in mezzo alla gente comune, mentre il suo “vero Sé” è impegnato in una vita segreta e inconfessabile. La domanda adesso è: ma una personalità di questo tipo è congruente con il profilo di un serial killer? La risposta è tutt’altro che scontata. Per cercare di spiegare perché Dexter possa essere diventato un serial killer è necessario fare riferimento a dei modelli interpretativi di tipo complesso. Detto in altri termini, sarebbe molto riduttivo attribuire ad un solo fattore la causa degli omicidi messi in atto dal protagonista della serie (ad esempio la sua personalità). Il Modello SIR (De Luca, 2001), precedentemente descritto, sembra porre attenzione a tale complessità. Analizzando Dexter secondo l’ottica del Modello SIR potremmo individuare alcuni elementi che, presi nella loro complessità ed interazione, potrebbero spiegare buona parte del suo comportamento.

Fattore socio-ambientale F(S). Tra i sottofattori troviamo l’ambiente familiare di provenienza. Durante la sua infanzia, Dexter ha

assistito all’uccisione della madre all’età di tre anni (episodio che rientra in un altro sottofattore, quello degli eventi “predisponenti”) ed è stato adottato da Harry, un poliziotto della omicidi di Miami, che diventa la figura di riferimento per il bambino.

La famiglia adottiva di Dexter è una normale famiglia americana: Harry è indubbiamente un padre molto protettivo ed attento, tanto che riesce a intravedere il lato oscuro del figlio adottivo. Dexter infatti mette in atto maltrattamenti nei confronti di vari animali, comportamento che, secondo la letteratura corrente, si è riscontrato essere connesso con future violenze nei confronti di persone (Ascione et al., 2010). Harry intuisce che questi suoi impulsi violenti potrebbero un giorno essere diretti verso altri esseri umani ma, invece di punire e reprimere questi suoi comportamenti, in un certo senso li rinforza, poiché protegge il figlio e comincia a insegnargli il “Codice”: un insieme di regole che avrebbero permesso a Dexter di non essere un giorno scoperto. Harry incanala la pulsione omicida del figlio in una direzione che lui ritiene accettabile e persino utile, ovvero spinge Dexter a commettere i suoi crimini solo nei confronti di persone che meritano di morire (come assassini, stupratori, pedofili) e che sono riuscite a sfuggire alla legge. In ospedale, gravemente malato, Harry arriva a permettere l’omicidio da parte del figlio diciannovenne di un’infermiera, colpevole dell’uccisione di diversi malati attraverso overdose di morfina. Questi elementi sono ascrivibili a un altro importante sottofattore socio-ambientale, ovvero le ricompense e le punizioni mediate dall’ambiente. Se Harry avesse provato a bloccare o a punire l’evoluzione del comportamento omicidiario, ci sono buone probabilità che Dexter non sarebbe diventato un serial killer. Infatti lo stesso Harry, che ricompare spesso durante la serie sotto forma di allucinazione/proiezione del Super-Io di Dexter, commenterà i cambiamenti del figlio, dicendo: “Sono fiero di te. Hai protetto Astor (la figlia acquisita di Dexter, nda), ti sei esposto per un’altra persona. Non credevo che fossi capace di farlo, ti ho sottovalutato. Ti ho considerato un mostro, quando invece sei capace di fare molto di più. Se l’avessi capito,

non ti avrei indirizzato verso questa vita” (Stagione V, episodio 5).

Fattore Individuale F(I). Il primo importante sottofattore sono i tratti psicologici e psicopatologici del serial killer. Come si è visto, Dexter ha una personalità schizoide; diversi studi (Singleton et al., 1998; Warren et al., 2002) hanno evidenziato come il disturbo di personalità antisociale mostri la più alta prevalenza tra i detenuti. Tuttavia, come evidenziato da Stone (2008; in Oldam, Skodol e Bender, 2008), il disturbo schizoide di personalità può contribuire all’espressione di atti di violenza anomali e grotteschi, forse per via dell’indifferenza e della mancanza di sentimenti nei confronti degli altri. In uno studio sui serial killer, lo stesso Stone (2001) ha rilevato tra questi una percentuale estremamente elevata di schizoidi (il 47.4%), una proporzione straordinaria se si considera che il disturbo schizoide di personalità è riscontrabile solo in circa l’1% della popolazione. Tuttavia, Coid (2008; in Oldam et al., 2008) sottolinea che un disturbo di personalità non rappresenta il nucleo esplicativo centrale di un comportamento criminale; non costituisce un “movente” ma si limita a configurare determinati aspetti del comportamento deviante. In tal senso un disturbo di personalità andrebbe considerato come un fattore secondario che può configurare il *modus operandi* del soggetto in base alla specifica caratteristica di personalità (ad esempio, per Dexter, l’agire in solitudine), ma non agisce da innesco per il comportamento criminale. Il disturbo di personalità può, a seconda delle circostanze, rappresentare un limite oppure un valore aggiunto per il potenziale criminale di un determinato individuo; nel caso di Dexter tale aspetto si manifesta nel beneficio che trae dalla sua “freddezza” e dal suo essere svincolato da forti legami relazionali ed emotivi, che ne limiterebbero la libertà di azione e lo esporrebbero al rischio di essere scoperto. Un altro importante sotto-fattore è la capacità di elaborazione dei traumi. Per un bambino di 3 anni, assistere all’uccisione della propria madre all’interno di un container e esservi rinchiuso all’interno, immerso nel suo sangue, rappresenta sicuramente un evento traumatico.

C’è da domandarsi però se e in che misura tale evento traumatico possa aver influito sulla natura di Dexter. Terr (2009, in Williams, 2009) afferma che il trauma infantile è talmente trasversale ai disturbi psichiatrici dell’adolescenza e dell’età adulta che potremmo quasi ignorarlo o considerarlo come una costante non significativa. Secondo l’Autrice, la presenza di traumi precoci non può essere sufficiente per rendere conto né di tutti gli aspetti dei disturbi psicopatologici dell’adulto né della tendenza di alcuni di questi individui a mettere in atto comportamenti violenti. Tuttavia, puntualizza Terr (2009), il trauma psichico infantile può generare numerosi cambiamenti mentali che possono sfociare talvolta nell’età adulta in disturbi del carattere, come ad esempio modalità di pensiero psicotico, manifestazioni di violenza estrema e dissociazione psichica. L’Autrice inoltre fa un’interessante differenziazione tra disturbi traumatici infantili di tipo I (causati da eventi circoscritti e inaspettati) e di tipo II (derivanti da prolungate o ripetute esposizioni a circostanze esterne estreme). I traumi di tipo I non sembrano produrre la negazione massiccia, l’intorpidimento o i problemi di personalità che caratterizzano i disturbi infantili di tipo II. Le difese e le strategie di coping usate nei disturbi infantili di tipo II invece producono spesso ottundimento affettivo, profondi cambiamenti caratteriali nei bambini e possono portare a un vero e proprio disturbo di personalità. Sebbene Dexter rientri nel tipo I, le sue caratteristiche di personalità non sono incoerenti con quanto affermato da Terr (2009), la quale sottolinea che quando un trauma psichico circoscritto comporta la perdita di un genitore e provoca l’allontanamento del bambino dalla famiglia, il perdurare dello stress tende a provocare anche alcune conseguenze caratteristiche dei traumi infantili di tipo II (tra le quali l’impiego di strategie per “intorpidire” il dolore e le profonde trasformazioni caratteriali).

Fattore relazionale F(R). È il punto di incontro dei due fattori precedenti e rappresenta una misura del grado di scambio esistente tra individuo e ambiente e del modo in cui il soggetto si rapporta con gli altri. Un primo sotto-fattore è la comunicazione dell’individuo con se stesso, in cui si sottolinea

come gli assassini seriali abbiano difficoltà a instaurare e a mantenere delle relazioni autentiche con gli altri e preferiscano vivere in una dimensione di solitudine. Un altro importante sotto-fattore è la comunicazione individuo-famiglia d'origine. Si è già discusso del complesso rapporto tra Dexter e il padre adottivo Harry e di come questo abbia incanalato le pulsioni di Dexter verso l'omicidio, permettendogli di apprendere a ricevere gratificazione da tali comportamenti. Il sotto-fattore riguardante la comunicazione individuo-società evidenzia la tendenza di alcuni serial killer a mantenere una facciata di normalità e a instaurare rapporti superficiali con gli altri e persino con il partner e i figli, quando esistono.

Da quest'analisi emerge come il personaggio di Dexter, al di là delle forzature e delle semplificazioni televisive (vedi ad esempio l'allucinazione del padre, non presente nei libri della serie), sia un serial killer estremamente credibile e complesso. La letteratura infatti evidenzia come ci siano delle possibilità che una persona con una storia, una famiglia e una personalità simile a quella di Dexter possa diventare un feroce serial killer.

Ma cosa succederebbe se Dexter venisse arrestato e iniziasse un trattamento?

Preso in carico di un serial killer

Il *trattamento* degli assassini seriali è un aspetto molto difficoltoso della pratica psichiatrica. La maggior parte di essi soffrono, secondo il DSM-IV-TR, di disturbo antisociale della personalità. Spesso non vengono valutati con attenzione, imparano a manipolare i dottori che li visitano, a dare risposte false con l'obiettivo di essere lasciati al più presto in libertà.

I SK in generale sono molto difficili da curare, soprattutto attraverso la psicoterapia in quanto la tipica personalità psicopatica, che normalmente caratterizza questi soggetti, appare particolarmente resistente al cambiamento, mancano del tutto l'angoscia per la sua condizione ed il senso di colpa. È estremamente difficile che il rapporto empatico, base della psicoterapia, possa crearsi tra l'individuo ed il terapeuta. Diversi importanti

aspetti hanno bloccato lo svilupparsi di trattamenti adatti al recupero degli assassini seriali, come la loro pericolosità sociale nel caso il trattamento non funzionasse come sperato, la mancanza di fondi per investire in modalità di trattamento estremamente singolari e personalizzate, il sovraffollamento delle carceri, la scarsa esperienza degli operatori all'interno delle prigioni e degli ospedali psichiatrici. Egger (1990), ammette che ad oggi non si ha la minima idea su come modificare il comportamento dei SK. Il modello diatesi-stress dei disturbi di personalità comporta anche implicazioni importanti per il trattamento; suggerisce che, né una prospettiva puramente biologica, né una puramente psicosociale, siano una guida utile per il trattamento efficace dei disturbi di personalità. Una prospettiva strettamente biologica tende a sostenere un approccio fortemente farmacologico per questi pazienti. Comunque, non ci sono prove cliniche che dimostrino che i farmaci esistenti abbiano una particolare efficacia, anche se alcuni producono un certo grado di sollievo sintomatico (Paris, 2003; Soloff, 2000). Una prospettiva psicosociale sui disturbi di personalità ha generalmente sostenuto la psicoterapia come forma principale di trattamento. Tuttavia, è spesso difficile modificare tratti disadattivi, che si sono stabilizzati nell'infanzia e si sono rinforzati durante l'età adulta. L'efficacia di terapie a lungo termine non è stata dimostrata nei *trial* clinici. I pazienti con disturbi di personalità sono generalmente meno responsivi alle forme standard di psicoterapia di quanto non lo siano i pazienti con disturbi dell'Asse I senza alcuna comorbilità con l'Asse II (Shea et al., 1990). La maggior parte dei soggetti violenti non si rivolge spontaneamente agli psichiatri per seguire un trattamento. Le esperienze e i contatti che gli psichiatri hanno con questi individui derivano dai colloqui di valutazione tenuti nei reparti d'emergenza o nei contesti giudiziari. È con le forme di violenza relativamente minori e non reiterate – o quanto meno non troppo radicate – che il lavoro psicoterapico dà i migliori risultati. La psicoterapia dinamica ha un'efficacia limitata con i soggetti violenti o estremamente impulsivi (non è questo il caso di Dexter) (Kay e Kay, 1997) e può rivelarsi relativamente efficace con

gli individui che sono in grado di provare rimorso e le cui condotte violente non hanno messo a rischio la vita di altre persone (anche questo non vale per Dexter). Tardiff (1996) ha proposto delle linee guida per la gestione di questo trattamento. Secondo tale Autore, per quanto riguarda i pazienti violenti che sono adatti a una psicoterapia verbale, i metodi comportamentali e cognitivi si sono dimostrati più efficaci. Un intervento di questo tipo è spesso realizzato in setting di gruppo, specialmente in caso di pazienti in regime di detenzione. L'obiettivo primario di ogni approccio verbale è quello di aiutare il paziente violento a liberarsi di un'inveterata abitudine a ricorrere alla violenza, operando un ampliamento del suo limitato repertorio di "alternative" comportamentali. I trattamenti di gruppo sono in grado di mobilitare potenti dinamiche di cambiamento, tra cui l'influenza esercitata da persone di pari condizione. Il gruppo può esercitare una notevole pressione sui pazienti che vi partecipano. È in grado di elicitarne i comportamenti disadattivi tipici di ogni paziente, in modo che gli altri partecipanti possano osservarli, offrire dei feedback e dei suggerimenti utili al fine di modificare quegli stessi comportamenti. Il paziente può quindi in seguito sperimentare un comportamento più adattivo. Questo processo viene comunemente definito apprendimento interpersonale: i pazienti possono apprendere attraverso l'osservazione e l'imitazione. Il solo fatto di riconoscere che altri pazienti condividono le nostre stesse difficoltà (universalità), e di poter aiutare gli altri a superare i problemi (altruismo), può assumere una valenza terapeutica. Questi processi complessi sono considerati potenti fattori intrinseci della terapia di gruppo (Yalom, 1995). Il contesto gruppale, rispetto a quello individuale, è attraversato da diverse dinamiche ansiogene, tra cui un senso di perdita di controllo, nonché di perdita dell'individualità, della lucidità, della riservatezza e della sicurezza, che molti pazienti con disturbi di personalità faticano a sostenere (Piper e Ogradniczuk, 2004). La caratteristica predominante dei pazienti con disturbi di personalità, che favorisce un trattamento di gruppo, si esprime in una spiccata tendenza di questi soggetti a manifestare un'evidente patologia del funzionamento interpersonale attraverso il loro

comportamento sociale in un contesto gruppale. In una terapia di gruppo le sollecitazioni plurime, generate dalla partecipazione degli altri pazienti, esasperano l'emergenza di un comportamento interpersonale patologico, accentuandone intensità e reattività. All'interno del gruppo, un comportamento del genere acquisisce una visibilità immediata e viene affrontato sul momento. Molte delle caratteristiche comportamentali dei soggetti con disturbi di personalità rendono difficile questo tipo di trattamento, un esempio di comportamenti che lo rendono difficoltoso è la scarsa disponibilità a raccontarsi. Quando le condotte antiterapeutiche messe in atto da questi pazienti all'interno del gruppo perdurano nel tempo, possono essere concettualizzate come dei ruoli. Le persone che ricoprono questi ruoli sono i pazienti comunemente etichettati come "difficili" in letteratura (Bernard, 1994; Rutan e Stone, 2001) e spesso si tratta di soggetti con una diagnosi di disturbo di personalità. Tra i ruoli problematici rientra quello del silenzioso o dell'introverso (es. schizoide) quale potrebbe delinearne la figura di Dexter. Tale approccio può inoltre essere scarsamente efficace, in quanto la *compliance* del SK si limita solamente al breve periodo e non sembra essere in grado di provocare cambiamenti duraturi della personalità.

La terapia psicoanalitica dimostra altrettante lacune, sebbene in grado di fornire ai SK degli *insight* sulle cause dei loro delitti, tali informazioni vengono usate dagli stessi più come una giustificazione che come spinta al cambiamento. Quando i clinici intervistano o trattano persone con disturbi di personalità, siano essi di orientamento psicoanalitico, psicodinamico o di tutt'altro stampo, spesso si devono confrontare con le difese e i loro correlati comportamentali. Tra i terapeuti, appaiono trasversali ai diversi orientamenti termini, frasi o formule quali ad esempio: "resistente, manca di consapevolezza, compie molti acting out, si lamenta ma non fa nulla per risolvere il problema, non esegue i compiti che gli vengono assegnati, nega, mente a se stesso, mette sotto gli altri, sarcastico, non parla delle cose importanti, non riesce a mostrare alcun sentimento".

Rispetto allo specifico caso di Dexter una marcata mancanza di conflitto, associata a freddezza e distacco affettivo, rende poco probabile la possibilità che uno schizoide diventi ansioso o depresso e quindi sia motivato a cercare un trattamento. Tuttavia, Akhtar (1992) ha suggerito che alla base di questo apparente distacco ci sia un intenso bisogno degli altri e una certa capacità di responsività interpersonale con poche persone accuratamente scelte. I pazienti con queste caratteristiche hanno più probabilità di formare un'alleanza terapeutica se decidono di cercare un trattamento. Esiste un certo consenso sul fatto che alcuni pazienti schizoidi possono trarre beneficio da un trattamento di gruppo, nella misura in cui quest'ultimo comporta un apprendimento sociale, grazie alla cospicua esposizione alla presenza di altri pazienti. La passività e i silenzi tipici di questi pazienti possono rappresentare delle difficoltà, perché possono indisporre gli altri partecipanti.

Nonostante gli insuccessi terapeutici è importante non abbandonare l'azione terapeutica sul SK in prigione nel caso in cui per qualsiasi motivazione egli abbia la possibilità di uscire dalle carceri. Sebbene non sia possibile delineare una terapia particolarmente efficace sui SK è invece possibile dare delle linee guida (De Luca, 2001). Una prima caratteristica dell'intervento dev'essere la flessibilità volta alla modificazione del sistema motivazionale dell'individuo. Partendo dall'utilizzo del Modello di matrice sistemico relazionale SIR si propone un intervento di natura comparata che prende il via dall'interno delle istituzioni fino all'eventuale rilascio caratterizzato da:

- Psicoterapia individuale analitica e cognitivo comportamentale
Per contrastare le tendenze omicidiarie di natura individuale F(I), le fantasie distruttive e di morte, attraverso il raggiungimento da parte dell'individuo di un pensiero astratto, che permette di risalire alle emozioni inconsce alla base del comportamento deviante.
- Terapia Familiare e/o di Gruppo
Per contrastare le tendenze omicidiarie di natura collettiva F(S) o F(R) attraverso l'analisi all'interno del contesto familiare dei fattori scatenanti non solo infantili, ma anche subito

precedenti i delitti e ponendo particolare attenzione nel contesto grupppale all'insegnamento all'individuo dell'importanza delle persone in qualità di possibili relazioni sociali paritarie, anziché come oggetti utili per soddisfare le proprie fantasie di morte.

- Terapia Farmacologica
Per controllare aspetti come depressione maggiore, schizofrenia, tendenze suicidiarie, ecc. i quali renderebbero inefficace il resto del trattamento.
- Dieta alimentare personalizzata
È importante integrare le carenze vitaminiche con una dieta personalizzata perché potenzialmente influenti nei comportamenti dei SK, qualora si sia riscontrato tale deficit dopo accurati accertamenti clinici.
- Follow up
Che permetta di testare la validità, a breve e a lungo termine, del trattamento effettuato all'interno delle istituzioni affinché possa perpetuarsi anche all'esterno di esse, per ridurre il rischio di recidiva.

Questo piano di intervento presenta notevoli difficoltà, tra le quali, in primo luogo, la creazione di un'équipe multidisciplinare che possa lavorare concretamente con l'assassino e che abbia una solida formazione nell'assassinio seriale e nella criminologia in generale, in quanto le modalità comportamentali del SK sono del tutto peculiari e non assimilabili a nessun'altra categoria; in secondo luogo ottenere la motivazione e la collaborazione reale e non manipolativa del SK; inoltre, la difficoltà nell'includere le persone "di riferimento" del SK, spesso figlio di famiglie difficili e di rapporti complicati; infine, la previsione su costi e durata del trattamento.

Bisogna tener sempre conto che qualsiasi ideologia di riabilitazione va mediata con l'esigenza di salvaguardare la società. Il momento di maggior criticità è quello in cui il SK viene rimesso in libertà, poiché torna ad essere potenzialmente preda delle sue angosce di frammentazione e dei suoi impulsi ad uccidere. È perciò fondamentale in questo senso una terapia di sostegno costante.

Riferimenti Bibliografici

Akhtar, S. (1992). *Broken Structures: Severe Personality Disorders and Their Treatment*. Jason Aronson: Northvale.

- American Psychiatric Association. (2004). *DSM-IV-TR. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Milano: Masson.
- Ascione, F.R., McCabe, M.S., Phillips, A., & Tedeschi, P. (2010). Animal abuse and developmental psychopathology: recent research, programmatic and therapeutic issues and challenges for the future. In A.H. Fine (Ed), *Handbook on Animal-Assisted Therapy: Theoretical Foundations and Guidelines for Practice*. Elsevier: London.
- Benjamin, L.S. (1993). *Interpersonal Diagnosis and Treatment of Personality Disorder*. Guilford: New York.
- Benjamin, L.S. (1997). Teoria interpersonale dei disturbi di personalità. In M.F. Lenzenweger & J.F. Clarkin (Eds.), *I disturbi di personalità. Le principali teorie*. Raffaello Cortina: Milano.
- Bernard, H.S. (1994). Difficult patients and challenging situations. In H.S., Bernard, & K.R. MacKenzie (Eds), *Basics of group psychotherapy*. The Guilford press: New York.
- Coid, J. (2008). Popolazioni carcerarie: carriere criminali e recidivismo. In J.M., Oldham, A.E., Skodol, & D.S., Bender (Eds), *Trattato dei Disturbi di Personalità*. Raffaele Cortina: Milano.
- De Luca, R. (2001). *Anatomia dei Serial Killer*. Giuffrè: Milano.
- Egger, S.A. (1990). *The Killer Among Us: An Examination of Serial Murder and Its Investigation*. Praeger: New York.
- Engel, G.L. (1977). *The need for a new medical model: a challenge to biomedicine*, 196, 129–36.
- Kay, J., & Kay, R.L. (1997). Individual psychoanalytic psychotherapy. In A., Tasman, J. Aky, & J.A. Lieberman (Eds), *Psychiatry*. W.B. Saunders: Philadelphia PA.
- Monroe, S.M., & Simmons, A.D. (1991). Diathesis-stress theories in the context of life stress research, *Psychological bulletin*, 110, 406-425.
- Paris, J. (2003). *Personality disorders over time*. American Psychiatric Publishing: Washington DC.
- Piper, W.E., & Ogrodniczuk, J.S. (2004). Brief group therapy. In J.L., Delucia-Waack, D.A., Gerity, C.R., Kalodner, & M.T., Riva (Eds), *Handbook of group counseling and psychotherapy*. Sage publication: Thousand Oaks CA.
- Shea, M.T., Pilkonis, P.A., & Beckham E. (1990). Personality disorders and treatment outcome in the NIMH treatment of Depression Collaborative Research Program, *American Journal of Psychiatry*, 147, 711-718.
- Singleton, N., et al. (1998). *Psychiatric Morbidity among Prisoners in England and Wales*. The Stationery Office: London.
- Soloff, P. (2000). Psychopharmacological treatment of borderline personality disorder, *Psychiatric clinics of North America*, 23, 169-192.
- Stone, M.H. (2008). *La Violenza*. In J.M., Oldham, A.E., Skodol, & D.S., Bender (Eds), *Trattato dei Disturbi di Personalità*. Raffaele Cortina: Milano.
- Stone, M.H. (2001). Serial sexual homicide: Biological, psychological and sociological aspects. *Journal of personality disorder*, 15, 1-18.
- Rutan, J.S., & Stone, W.N. (2001). *Psychodynamic group psychotherapy*. The Guilford press: New York.
- Tardiff, K. (1996). *Assesment and management of violent patients*. American Psychiatric press: Washington DC.
- Terr, L.C. (2009). I traumi infantili: una rassegna e una visione di insieme delle caratteristiche principali. In R. Williams (ed). *Trauma e relazioni: le prospettive scientifiche e cliniche contemporanee*. Raffaello Cortina: Milano.
- Warren, J.I., et al. (2002). Personality disorders and violence among female prison inmates. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 30, 502-509.
- World Health Organization. (1992). *ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Milano: Masson.
- Yalom, I.D. (1995). *Teoria e pratica della psicoterapia di gruppo*. Tr.it. Boringhieri: Torino (1997).

IL SESSO: UNA FORMA DI LIBERTÀ O PRIGIONIA? UNO SGUARDO SUL TEMA ATTRAVERSO GLI OCCHI DELLA PELLICOLA

di Sarah Frescura, Elisa Tatti

dottori in psicologia, tirocinanti post-lauream Scuola di Psicoterapia Comparata

Il modo in cui l'essere umano vive la sessualità e l'eroticismo cambia nel tempo e nello spazio, assumendo connotati diversi a seconda delle epoche e delle trasformazioni culturali.

Ancora oggi molte culture manifestano un comportamento sessuale che per noi occidentali, non solo non è considerato "normale" ma addirittura inconcepibile. In Bolivia, per esempio, i Siriono permettono che un uomo abbia rapporti sessuali con le sorelle della moglie e con le mogli e le figlie dei fratelli; tra molti popoli, invece, come i Lesu del Pacifico, i bambini ricevono tutte le informazioni sul sesso e i loro genitori si accoppiano liberamente davanti a loro. I Trukese delle Caroline incoraggiano gli esperimenti sessuali dei bambini e a tale scopo vengono costruite delle capanne fuori del recinto principale. Infine, per le madri Alorese dell'Indonesia è normale masturbare i propri figli per tranquillizzarli.

Per quanto strettamente riguarda la nostra società occidentale, nel corso del tempo la sessualità e l'eroticismo hanno subito profonde trasformazioni.

Rispetto alla cultura pre-cristiana in cui la poligamia, la prostituzione e l'omosessualità erano considerate pratiche comuni, nel medioevo cominciarono ad emergere valori come la castità e la verginità, virtù che nei secoli divennero un fondamento della cultura cristiana.

La scissione platonica tra corpo e anima trovò un'ulteriore forza nella svalutazione della sessualità. Ciò tuttavia non impedì un immaginario ricco legato al desiderio, come

testimoniano opere letterarie come "Le mille e una notte" e il "Decameron".

Nel "Decameron", infatti, la donna non è più oggetto dipendente dall'uomo, ma diviene soggetto autonomo che può provare piacere e desiderio e non ha timore ad esprimere i propri sentimenti.

Negli anni '50, il famigerato rapporto Kinsey sfida le conoscenze convenzionali sulla sessualità toccando argomenti che in precedenza erano considerati dei tabù. La credenza che l'eterosessualità e l'astinenza fossero la norma, statisticamente nonché eticamente, non erano mai stati messi in discussione prima di allora.

Il primo passo verso la rivoluzione sessuale avvenne negli anni sessanta, designando un sostanziale cambiamento nella moralità riguardo alla sessualità nei paesi occidentali. La rivoluzione degli anni '70 venne considerata una liberalizzazione e, dopo un lunghissimo periodo di chiusura, non si è più arrestata, toccando oggi un modo di vivere l'eroticismo quasi senza tabù e limiti.

Arrivati nel XXI secolo, ci è quasi impossibile non notare i molteplici riferimenti sessuali presenti tutti intorno a noi: le pubblicità trasmesse alla tv, le riviste e il proliferare di siti internet a luci rosse sono solo esemplificazioni lampo di una cultura fortemente sessocentrica, che usa il corpo umano (molto spesso poco vestito) come potente strumento di marketing. Un'ulteriore tendenza che sta maturando negli ultimi decenni grazie alla crescente parità dei sessi, vede la donna non più vittima culturale dei primordiali bisogni maschili (la strumentalizzazione a fini erotici del corpo

femminile è da anni sotto gli occhi di tutti) ma sempre più protagonista, una mantide sicura che oramai sta stretta nei panni del classico ruolo passivo che la religione le aveva affidato. Fenomeni letterari come “Le cinquanta sfumature di grigio” sono solo alcuni testimoni di una sessualità pubblica che, respinto ogni tabù, non esita a riconoscerne oggi la rilevanza anche per il sesso femminile.

L’aspetto maggiormente preoccupante in una società che si sta muovendo verso questa direzione, tuttavia, è che in molti stati occidentali questa cultura del sesso non viene seguita da uno sforzo educativo al sesso e ai sentimenti, un fatto sempre più preoccupante considerato sia i rischi che un sesso libero e senza precauzioni può apportare alla salute, sia per le numerose implicazioni che la sessualità ha sul benessere psicologico delle persone.

Il sesso come malattia

Come abbiamo osservato nella sezione precedente, poche tematiche umane richiamano così tanti significati come la sessualità. In essa, infatti, confluiscono diversi aspetti essenziali della personalità umana, comprendendo sia la componente relazionale, sia quella individuale, emotiva e corporea, configurandosi un po’ come cartina tornasole di una personalità che, se ben maturata, manifesta pienamente queste tre componenti chiave.

Come attività che coinvolge prevalentemente due soggetti, siamo abituati a pensare che il sesso sia uno dei mezzi più profondi con cui sperimentiamo un contatto con l’altro, con cui ricerchiamo e doniamo calore e sentimenti e creiamo un attaccamento. Il sesso, infatti, non è solo puro erotismo, bensì l’espressione massima di un’intima condivisione, qualcosa che trascende i primordiali istinti biologici di sopravvivenza per incontrare i bisogni psicologici più elevati degli esseri umani.

Nel sesso la componente erotica è pertanto la punta di un iceberg che nasconde molto di noi stessi, paure e desideri che spesso diventano ingestibili per alcune persone, tanto da relegare il sesso a puro piacere edonistico per non “osare” di più.

Rifugiarsi nell’attività sessuale cogliendone esclusivamente la sua natura erotica sembra

essere una scelta sempre più consapevole per tutti coloro che temono una vicinanza emotiva “troppo stretta” con l’altro e che non si sentono abbastanza pronti da cercare di costruire qualcosa di affettivamente pregnante. Ridurre la sessualità a mera “genitalità” significa quindi confrontarsi unicamente con la dimensione corporea propria e altrui, lasciando gli altri aspetti della sessualità umana a maturare in qualche angolo della psiche.

Data la centralità della vita sessuale per il benessere delle persone, comunque, è verosimile che questa sfera possa essere anche investita di significati di natura psicopatologica, come i numerosi manuali sulle parafilie e le disfunzioni sessuali drammaticamente dimostrano.

Il sesso, infatti, può divenire un mezzo attraverso il quale gestire emozioni negative e colmare dei vuoti interiori, dando potenzialmente vita a comportamenti anche disfunzionali.

Lo sviluppo di abitudini sessuali eccessive, vissute come una dipendenza o come una irresistibile compulsione, sono sempre più frequenti nella nostra società odierna, anche grazie alla progressiva caduta di quel muro di omertà che nascondeva le abitudini sessuali.

Il confine che segna la differenza tra ciò che è considerabile patologico e quello che rientra nelle preferenze sessuali personali è davvero labile, tanto che per qualcuno il concetto di devianza sessuale risulta essere una mera costruzione culturale.

Particolarmente interessante e dibattuta all’interno di questa discussione sulla psicopatologia di certe abitudini sessuali è il concetto di ipersessualità, inquadrato dal National Council of Sexual Addiction and Compulsivity come una condizione nella quale persiste una “crescente modalità di comportamento sessuale, messo in atto nonostante il manifestarsi di conseguenze negative, per sé e per gli altri” (Putnam e Maheu, 2000).

Sebbene la diffusione del porno in internet abbia sempre più alimentato questo fenomeno, l’ipersessualità non è un prodotto dei nostri tempi: già dalla fine del XIX secolo alcuni studiosi tentavano di classificare e descrivere il fenomeno, arrivando ad una sua suddivisione

in “ninfomania” femminile (Ellis e Sagarin, 1968) e “satiriasi” maschile (Allen, 1969) nel secolo seguente.

Fenomenologicamente, la persona ipersessuale è caratterizzata da un atteggiamento di dipendenza e/o compulsività verso la sessualità, manifestando non solo comportamenti sessuali promiscui e condotte masturbatorie compulsive, ma anche una forte dipendenza da materiale pornografico, chat erotiche e night-club. Naturalmente, considerando che non è possibile stabilire una norma quando si parla di sessualità, è la pervasività di questi comportamenti e le sue ripercussioni sul funzionamento psicosociale del soggetto che ne caratterizzano la sua patologicità; le persone affette da ipersessualità, infatti, pongono al centro della loro vita il sesso, trascurando spesso affetti ed impegni lavorativi, arrivando anche, in casi estremi, a comportamenti che possono apportare conseguenze legali non trascurabili, come atti di esibizionismo, voyeurismo e contatti con il mondo della prostituzione.

Uno stato di ipersessualità inoltre apporta conseguenze non trascurabili anche sul piano socio-affettivo e personale: la fissazione patologica verso il sesso, infatti, depaupera progressivamente i rapporti sentimentali instaurati con un eventuale partner, apporta uno stigma sociale nel qual caso le abitudini sessuali venissero alla luce ed intacca considerevolmente l'autostima del soggetto. Oltretutto, nel caso in cui questo quadro patologico si esprimesse prevalentemente attraverso rapporti sessuali ripetuti o condotte masturbatorie compulsive, le conseguenze si possono traslare facilmente anche su un piano psicofisico, generando stati di astenia, stress psicofisico, ansia e frustrazione.

Data la natura potenzialmente distruttiva di una eccessiva fissazione per il sesso, sembra essere necessaria una maggiore attenzione da parte del mondo psicologico su questa tematica, elaborando proposte nosologiche, teorie eziologiche e ipotesi di trattamento che permettano un inquadramento completo di un comportamento che, se accompagnato da sofferenza o danno, merita di essere trattato.

Poniamo l'accento su questa necessità perché ad oggi, infatti, la comunità scientifica ancora

esita nel trovare accordo nella definizione e cura di questa patologia, probabilmente a causa di una concreta difficoltà nel trovare una “norma” entro la quale considerare sano un comportamento sessuale (Kingston e Firestone, 2008).

La situazione si complica esponenzialmente se si pensa che molti studiosi dubitano addirittura dell'esistenza di una patologia di questo tipo, come Jannini, coordinatore del corso di laurea in sessuologia all'Università de L'Aquila, afferma perentorio in un'intervista del 2009 a “La Repubblica”: “La dipendenza sessuale? È una condizione rarissima e alla quale peraltro credo poco (...) chi ha un'intensa vita sessuale generalmente è contento. Se c'è sofferenza, si accompagna ad altre problematiche: sono queste a spingere le persone a chiedere aiuto”.

Allo stato attuale, infatti, date le molteplici condizioni patologiche sia di tipo organico che psicologico in cui uno stato di sessualità iperagita trova espressione (Sindrome di Kleine-Levin, Sindrome di Kluver-Bucy, stati di mania, disturbo schizoaffettivo), nonché la sua elevata comorbilità con altre psicopatologie caratterizzate da compulsività e dipendenza (shopping compulsivo, gioco d'azzardo patologico e dipendenza da sostanze), risulta difficile dotare l'ipersessualità di una dignità diagnostica propria, soprattutto a causa delle numerose lacune empiriche delle teorie eziopatogenetiche formulate ad oggi.

Da un punto di vista nosologico questa situazione di incertezza si traduce nell'assenza della diagnosi specifica di ipersessualità nel DSM-IV-TR, che rimane tuttavia inserita nella categoria dei Disturbi Sessuali NAS, come previsto già dal DSM-III (APA, 1980).

Recentemente, è stata riproposta la diagnosi di Disordine da Ipersessualità per il DSM-V in uscita nel 2013, venendo tuttavia nuovamente respinta dalla commissione del DSM-V con le seguenti parole di Darrel Regier, vice-presidente della DSM-V task force: “Ipersessualità anche se è stata proposta come una nuova dipendenza non ha ancora raggiunto l'evidenza scientifica e la condivisione diagnostica sufficienti a definirla come tale” (Kafka, 2010).

L'International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10), diversamente, ne conferma la sua presenza

come categoria a se stante, etichettandola con il nome Excessive sexual drive e suddividendola nei sottotipi Satiriasi e Ninfomania, per gli uomini e le donne rispettivamente.

Valicando i confini dei manuali nosologici, gli studiosi interessati a questo disturbo si dividono tra chi considera l'ipersessualità una forma di disturbo ossessivo-compulsivo (Quadland, 1983) e chi ne sostiene la sua natura di dipendenza, assimilandola quindi alle condotte di abuso di sostanze (Orford, 1978; Carnes, 1990; 1991).

I fautori della ipotesi della compulsività sessuale asseriscono che sotto l'ipersessualità non si celi un'insaziabile desiderio sessuale, bensì un'implacabile ansia che può essere domata esclusivamente reiterando compulsivamente atti sessuali.

Gli autori che invece assimilano l'ipersessualità ad una dipendenza asseriscono che essa agirebbe come strumento di cura personale per sopperire sentimenti di vuoto, tristezza, ansia o per fronteggiare situazioni esistenziali negative. Tolpin e Kohut (1985), ad esempio, affermano che attraverso un'attività sessuale reiterata compulsivamente il soggetto può compensare quelle lacune del Sé che generano sofferenza, mentre Earle e Crow (1989) paragonano direttamente il sesso ad una droga con il quale il soggetto cancella momentaneamente degli stati emotivi negativi. Un'attività sessuale così frenetica, tuttavia, genera a sua volta crescenti sentimenti di vergogna, autocommiserazione e ansia, creando un circolo vizioso tra la sofferenza psichica e il comportamento inadeguato che viene messo in atto per gestirla.

Pertanto, per rispondere alle critiche mosse dagli studiosi sulla natura del Disturbo da ipersessualità, citiamo il suggerimento di Cociglio (1989) che sottolinea l'importanza di valutare in fase di assessment la presenza o meno di libido nei soggetti con tendenze ipersessuali. Nell'eventualità in cui la libido sia persistentemente presente, infatti, si può parlare di una sovra-regolazione del desiderio sessuale mentre, nel caso in cui i sentimenti di compulsività e/o dipendenza fossero prevalenti, possiamo parlare di una falsa libido, spia di un disagio psichico manifestato attraverso la sessualità.

Per quanto riguarda l'eziologia del disturbo, alcuni studiosi sostengono che la dipendenza sessuale può essere conseguenza d'abusi sessuali subiti nell'infanzia o nell'adolescenza; il soggetto tenterebbe di riparare alla ferita subita divenendo egli stesso uno "sfruttatore" di corpi. I dati empirici rilevati su questa variabile confermano che una percentuale di soggetti ipersessuali compresa tra il 19% (Kafka e Hennen, 1999) e l'80% (Carnes, 1991) abbia subito abusi sessuali nel corso della vita.

Le persone con sex-addiction, specialmente donne, sembrano inoltre sviluppare un estremo attaccamento al sesso in quanto è l'unico mezzo sperimentato per ottenere quell'attenzione che da sempre è mancata nell'infanzia e nell'adolescenza.

Da un'ottica più comportamentale, invece, è stato proposto che l'esposizione a materiale pornografico o ad atti sessuali espliciti nell'infanzia, atteggiamenti restrittivi da parte dei genitori riguardo la sessualità ed esperienze precoci vissute in modo traumatico possano concorrere a costituire pericolosi fattori di rischio.

Nonostante, le numerose incertezze teoretiche presenti sulla questione, i dati epidemiologici raccolti fino ad oggi gridano forte la necessità di una presa in carico della situazione. Una recente ricerca condotta in Italia dall'Associazione Italiana per la Ricerca in Sessuologia ha stimato che i soggetti dipendenti da sesso siano il 5,8% della popolazione (Avenia e Pistuddi, 2007), con una netta prevalenza di soggetti di sesso maschile (10%) e single (8%), specialmente se divorziati o separati.

Per quanto riguarda le prospettive di trattamento, i diversi centri che si occupano del problema propongono trattamenti psicoterapeutici individuali e di gruppo, associati nei casi più gravi ad una farmacoterapia a base di inibitori della ricaptazione della serotonina (particolarmente efficaci anche grazie ai pesanti effetti collaterali sulla libido).

Dalle evidenze fino ad oggi maturate, delle risposte molto soddisfacenti si ottengono con le terapie di gruppo di auto-aiuto, progettate sullo stesso stile dei "12 passi" degli alcolisti anonimi. Ad oggi, nonostante la mancanza di supporto unanime da parte della comunità scientifica,

sono presenti diversi approcci d'auto-aiuto come i Dipendenti dal Sesso e dall'Amore Anonimi (SLAA), Love Addicts Anonymous (LAA), Sex Addicts Anonymous (SAA), Sexaholics Anonymous (SA), Sexual Compulsives Anonymous (SCA), Sexual Recovery Anonymous (SRA).

Sesso per non amare: un'analisi del film "Shame"

Da quello che emerge dai dati epidemiologici italiani, la sex-addiction è un fenomeno preoccupantemente diffuso nella nostra società. La pellicola "Shame", regia di Steve McQueen, rende uno spaccato molto suggestivo ed indigesto di questa tematica.

Brandon, il protagonista, è il tipico uomo d'affari di una caotica New York, trasformata in questa pellicola in una triste e asettica città dove ogni vizio trova facilmente dimora. La "debolezza" di Brandon, cioè la sua incapacità di controllare e gestire le sue pulsioni sessuali, spinge, infatti, il regista a ovattare luci e rumori della Grande Mela per spingere lo spettatore a vivere con gli occhi di una persona che soffre di un male tanto segreto quanto annichilente.

La dipendenza sessuale di cui soffre Brandon, sfogata con confusi incontri occasionali, frequentazioni di prostitute e continue masturbazioni, relega il protagonista ad una omertosa solitudine, disturbata violentemente dall'arrivo dell'insicura e autolesionista sorella Sissy.

La sua entrata, infatti, segna la fine di quel limbo in cui Brandon aveva sospeso il suo problema e lo costringe sempre di più a fare i conti con se stesso, dando il "la" ad una cascata pulsionale vorticoso e distruttiva.

Soprattutto dopo il suo fallimento sentimentale con una collega di lavoro, con cui potrebbe costruire qualcosa di più profondo e coinvolgente, Brandon sente ancora più forte il desiderio di rimanere solo, nonostante la profonda sofferenza che prova per la sua condizione. Dopo questo episodio s'intuisce in modo tangibile l'enorme difficoltà che lui prova nel gestire qualsiasi forma d'amore, considerato che il desiderio sincero nutrito per la sua collega non gli permette di farsi avvicinare neanche da un punto di vista fisico.

Lo scontro diretto con la sua problematica, unito alle crescenti pressioni emotive esercitate dalla sorella, spingono Brandon ad una esplosiva reazione emotiva tanto dura da spingere la già scompensata Sissy ad un tentativo di suicidio altrettanto brutale.

Il gesto estremo segna il punto di arrivo della sofferenza di entrambi, riscuotendo Brandon dal suo dolore e dalla profonda chiusura in cui avevano regnato i suoi sentimenti fino a quel momento. Dopo la drammatica teatralità di questa scena, tuttavia, il finale torna rapidamente all'ambigua e alla lenta dimensione del vissuto interiore del protagonista, lasciando tuttavia sfuggire uno spiraglio di luce, come se da tanto dolore qualcosa di fertile fosse scaturito, come se finalmente Brandon si fosse concesso almeno una possibilità di salvezza.

Il film rappresenta egregiamente, attraverso uno stile asciutto e monocromatico (con scelta di colori tutt'altro che caldi, passionali, romantici, sentimentali), tutte le caratteristiche e le conseguenze psicosociali di un disturbo di questo tipo, aprendoci le porte ad un vissuto che spesso è invisibile anche agli occhi di chi lo porta sulla pelle.

Vissuto come indigesto dai più che mal tollerano il lento scorrere di una vita infelice, "Shame" rinuncia alla pretesa di intrattenimento che spesso si affida ad una pellicola, dipingendo a regola d'arte un disturbo troppo spesso sottovalutato.

"Lo sguardo dell'altro": il sesso come dichiarazione di libertà

Diversamente dalla pellicola precedente, "Lo sguardo dell'altro", film diretto da Vicente Aranda nel 1996, rende uno spaccato di come il sesso non sia soltanto un mezzo con cui gridare la propria sofferenza ma anche uno strumento forte per rivendicare la propria libertà.

Begonia, viziosa protagonista del film, vive sfrontatamente quanto superficialmente se stessa attraverso gli occhi altrui posati sulla sua pelle, usando il corpo come unico mezzo per mostrare una personalità passionale quanto fragile, che ha trovato nel sesso l'unica modalità per esprimersi.

Figlia di una famiglia benestante quanto problematica, la protagonista inscena in modo quasi caricaturale un'ideale di donna mascolina ed emancipata che, passando dall'ufficio al festino, non si vergogna a vivere la propria libertà sessuale, subendo tuttavia tutte le conseguenze che una sessualità puramente genitale comporta. Fin dall'inizio del film, infatti, la privata sofferenza di Begonia, il cui insaziabile desiderio la mercifica agli occhi degli uomini, grida il suo bisogno di conoscersi ed essere accettata dagli altri, mostrando come spesso la libertà si trasformi in stigma, imprigionando, chi se la prende, nella solitudine.

Attraverso il "gufo", diavoleria giapponese attraverso la quale lei registra un video-diario "terapeutico", il pubblico quanto se stessa studiano in modo quasi scientifico, oggettivo e asettico i suoi pensieri e la sua vita, rimanendo tuttavia quasi sempre fuori dal confine che lei ha segnato con la sua carne.

In questo scenario fatto di numerosi amanti, avances sul lavoro, fino ad arrivare ai quartieri più malfamati della città, emerge la classica dicotomia vittima/carnefice in un rapido cambio di panni che la vedrà sia dominatrice che vinta, trovando una frettolosa finale soluzione con una inaspettata salvifica maternità.

Dopo numerosi uomini più maturi di lei, giocattoli senza anima con cui si diletta senza pietà, Begonia sembra trovare un equilibrio sentimentale sposando il giovane Daniel, toyboy ereditiere dal quale avrà una figlia, non riuscendo tuttavia a reprimere la sua natura da mantide che la renderà di fatto fedifraga.

Dopo l'ennesima messa alla prova dei suoi amanti, costretti a guardare un video delle sue performance sessuali con travestiti e prostitute, la protagonista comprende infine che l'unico modo per vivere se stessa e i suoi lati animaleschi in piena libertà è quello di votarsi alla solitudine, accettando l'idea che la sola relazione per lei possibile è quella con la figlia.

Disegnando l'immagine di una donna che vive senza indugi il sesso, questa pellicola sembra a primo impatto votarsi alla libera espressione della sessualità femminile, salvo tuttavia cadere in un simbolico dietrofront con l'alibi del trauma infantile (la vista del padre nudo in

bagno con la sorella) e del disperato bisogno della protagonista di essere amata per ciò che è. È con queste sfumature infatti che il film dà al sesso libero più il sapore di un grido di aiuto in un mondo senza orecchie, un mezzo forte per affermare se stessa tradendo un mal celato bisogno di accettazione.

In questo caso, diversamente da "Shame", sembra quindi delinarsi un quadro non tanto di sessualità compulsiva ma di una profonda immaturità emotiva che permette alla protagonista di relazionarsi al mondo esclusivamente con una sessualità agita e sfoggiata. Da questo punto di vista, è facile accettare le critiche degli studiosi che dipingono l'ipersessualità come una costruzione di una società stigmatizzatrice, ancora troppo maschilista e bigotta per accettare una sessualità così procace in un corpo femminile.

In modo analogo, si può assumere che la sessualità di Begonia non sia tanto il punto centrale attorno al quale ruota una personalità malata per gestirla, ma che il sesso sia solo il mezzo attraverso il quale questa riesce a fronteggiare il mondo e le relazioni.

Riferimenti Bibliografici

- Allen, C. (1969). *A textbook of psychosexual disorders*. London: Oxford University Press.
- Avenia, F., e Pistuddi, A. (2007). *Manuale sulla sexual addiction. Definizioni, diagnosi, interventi*. Milano: Franco Angeli.
- Carnes, P. (1991). *Don't call it love. Recovery from sexual addiction*. New York: Bantam Books.
- Carnes, P. (1990). Sexual addiction. In: A. Horton, B.L. Johnston, & L.M. Roundy (Eds.) *The incest perpetrator: A family member no ones wants to treat*. Newbury Park: Sage.
- Carnes, P. (1991). *Don't Call It Love : Recovery from Sexual Addiction*. New York: Bantam Books.
- Cociglio, G. (1989). Eccessi di desiderio sessuale. *Rivista di scienze Sessuologiche*, 2, 203-208.
- Earle, R., e Crow, G. (1989). *Lonely all the Time: Understanding and Overcoming Sexual Addiction*. New York: Pocket Books.
- Ellis, A., e Sagarin, E. (1968). *Ninfomania. Un'indagine sulla donna ipersessuale*. Milano: Edizioni Mediterranee.
- Kafka, M.P., e Hennen, J. (1999). The paraphilia-related disorders: An empirical investigation of nonparaphilic hypersexuality disorders in 206 outpatient males. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 25, 305-320.
- Kafka, M.P. (2010). Hypersexual Disorder: A proposed diagnosis for DSM-V. *Archives of Sexual Behavior*, 39, 377-400.

- Kingston, D.A., e Firestone, P. (2008). Problematic hypersexuality: A review of conceptualization and diagnosis. *Sexual Addiction and Compulsivity*, 15, 284-310.
- Orford, J. (1978). Hypersexuality: Implications for a theory of dependence. *British Journal of Addiction*, 73, 299-310.
- Putnam, D.E., e Maheu, M.M. (2000). Online sexual addiction and compulsivity: Integrating web resources and behavioral telehealth in treatment. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 7, 91-112.
- Quadland, M.C. (1983). *Overcoming sexual compulsivity*. New York: Native.
- Tolpin, P., e Kohut, H. (1985). A Change in the Self: The Development and Transformation of an Idealizing Transference. *International Journal of Psychoanalysis*, 64, 461-485.

La Scuola di Psicoterapia Comparata , all'interno del ciclo "Follie di gruppo"
è lieta di invitare alla proiezione di

Una cena quasi perfetta

di Stacy Title, con Cameron Diaz, Annabeth Gish, Ron Eldard, Jonathan Penner e
Courtney B. Vance - USA 1995

Titolo originale: "The Last Supper" - Durata: 92 min - Genere: commedia nera, drammatico - Sceneggiatura: Dan Rosen - Produzione: Matt Cooper, Lori Miller, Dan Rosen, Larry Weinberg, Columbia Pictures, Electric Pictures, The Vault, WF/X - Fotografia: Paul Cameron - Montaggio: Luis Colina - Musiche: Mark Mothersbaugh



If you met Adolph Hitler when he was just a struggling cartoonist, wouldn't you have done the world a big favor by murdering him?.

(The New York Times)

Un quintetto di giovani amici della sinistra radicale USA invita a cena un camionista che si rivela un bieco nazionalista, fascistoide e violento. Uno dei padroni di casa lo uccide per legittima difesa. Digeriti i rimorsi e seppellito il cadavere in giardino, i cinque cominciano a invitare a cena e a uccidere i peggiori reazionari che gli capitano a tiro...

(Dizionario Il Morandini)

giovedì 9 maggio 2013 - inizio proiezione ore 20.30

la proiezione sarà preceduta da un piccolo buffet alle ore 19.30
Seguirà dibattito coordinato da **Pietro Caterini** e **Adele Aquilina**

Scuola di Psicoterapia Comparata – viale Gramsci 22 Firenze
segreteria@spc.it – 0552479220

Ingresso gratuito, prenotazione obbligatoria

 **Scuola di
Psicoterapia
Comparata**
Fondata da Patrizia Adami Rook

Giovedì 9 maggio 2013 - Ore 20.30
Per prenotazioni: 0552479220 oppure segreteria@spc.it

Scuola di Psicoterapia Comparata
Viale Gramsci 22 Firenze

L'ESPERIENZA DI “LUOGHI DI PENSIERO”: LA RICERCA DI UN SETTING PER LA FORMAZIONE COMPARATA

di Laura Cioni¹, Ilaria Detti², Lorenzo Franchi¹, Claudia Vallebona¹

¹psicologo psicoterapeuta, specializzato presso la Scuola di Psicoterapia Comparata, Associazione Dedalo - FIDA (Federazione Italiana Disturbi Alimentari), ²psicologa psicoterapeuta, specializzata presso la Scuola di Psicoterapia Comparata

Sono passati quattro anni dall'esperienza di “Luoghi di Pensiero” e scriverne adesso, rispetto all'intento che mosse la sua nascita, diventa difficile; meglio è, forse, se si tenta di narrarne l'avvenimento “come se” ne rifacessimo una nuova sessione, un nuovo appuntamento, un'ennesima ricerca del non sapere, un'altra volta, si re-interroga il +1. Solo così forse, il lettore più o meno appassionato, potrà vagamente intuire ciò che è stato, una e una sola volta, “Luoghi di Pensiero”.

Claudia: La ricetta del nostro esperimento aveva come ingrediente basilare l'appassionata ricerca di un significato proprio dell'atto della *comparazione*, che vuol dire comparare? Ci chiedevamo. Come si fa a comparare? E che cosa è la comparazione?

Fu così deciso di utilizzare, per dar forma a questa annosa e legittima questione, il “recipiente” di matrice lacaniana *Cartel*, sicuramente e ovviamente da noi rivisitato e reinventato (e che per questo Lacan, non ce ne voglia).

Era come se volessimo (per tentare ovviamente invano di dirlo in termini lacaniani) un po' uscire dalla fase di rispecchiamento dalle definizioni altrui sulla comparazione, attraverso le quali avviene inizialmente e in modo inevitabile una identificazione, che parte sempre dall'altro e in questo caso specifico dalla sistematizzazione del pensiero della scuola formante; volevamo, insomma, divenire un po' più “soggetto”, incontrare un significante, introdurre un livello simbolico che possa

rompere il rispecchiamento “sperimentando il linguaggio”, e questo è in parte avvenuto.

Quindi, ricapitolando: 3 elementi, un “+1”, alcuni testi da quest'ultimo introdotti nella funzione di stimolatori di pensiero, 45 minuti di tempo, restituzione. Ecco a voi, il nostro esperimento.

Eccomi ora, in questo articolo che invano tenta di riproporre quel che è stato, nella veste di +1, con questa introduzione, ad interrogare/interrogarmi intorno all'esperienza: rilanciando un sapere e smuovendo un desiderio singolare e soggettivo della ricerca del sapere stesso che non potrà mai terminare in una totalità dato che il +1 stesso manca sempre. Eccomi nella veste di colui che provoca, insomma. Colui che, nella nostra narrazione delle cose, introduce il testo su cui comparare i pensieri e le idee di ognuno di noi, e poi tace.

Lorenzo: Nell'*Acte de fondation de l'École Française de Psychanalyse* del giugno 1964 Jaques Lacan propone per la formazione dello psicanalista un dispositivo di gruppo che dia la possibilità di lavorare il sapere.

“Per lo svolgimento del lavoro, adotteremo il principio di una elaborazione sostenuta in un piccolo gruppo. Ciascun gruppo (abbiamo un nome per designare questi gruppi (*Cartel* n.d.r.) sarà composto da un minimo di tre persone, ad un massimo di cinque, quattro e la misura giusta. PIÙ UNA (*Plus-un* n.d.r.) incaricata della selezione, della discussione e dell'esito da riservare al lavoro di ciascuno. Dopo un certo tempo di attività, gli elementi di un gruppo si vedranno proporre di cambiare in un altro. Il compito direttivo non costituirà un titolo

territoriale dove il servizio reso si capitalizzerebbe ai fini dell'accesso a un grado superiore, e nessuno dovrà considerarsi retrocesso per il fatto di rientrare nei ranghi di un lavoro di base".

Le Cartel appunto rappresenta ne l'École la modalità con cui Lacan propone di lavorare il sapere, questa formulazione da subito ci pone nei termini di un dispositivo che sia dislocato fuori dagli analisti in formazione che favorisca una modalità aggiuntiva alla analisi didattica. *Le Cartel*, come si legge nella citazione, è convocato dal Plus-un incaricato della selezione, della discussione e degli scopi da riservare al lavoro di ciascuno.

Nei fatti il Plus-un seleziona l'argomento da trattare e lo sottopone al lavoro degli altri membri scegliendo e assegnando a ciascuno quali aspetti debbano essere affrontati, a lui spettano anche la decisione sugli scopi dell'incontro e sulle modalità. Al Plus-un spetta di vegliare sugli effetti interni dell'impresa e di provocare l'elaborazione, in questi termini uno dei suoi cruciali compiti è di dissuadere dallo stabilirsi degli effetti illusori del gruppo, quelle dinamiche cioè che favoriscono lo stabilirsi di un pensiero di gruppo ovvero delle sue suggestioni. Questi termini sono in realtà opposti a quelli cui si riferisce, per esempio, Bion con la celebre formulazione circa il pensiero che circolante all'interno di un gruppo ad un certo punto incontra un pensatore che lo esprime e in tal modo lo formula al gruppo diventando una espressione, quindi, del gruppo e non del pensatore.

Introduco subito questa differenza per specificare la centralità del soggetto in un caso versus la centralità del gruppo nell'altro.

Uno degli intenti della struttura del Cartel è infatti proprio quello di sottrarre i cartellanti all'effetto suggestivo del gruppo che crea ortodossia, scuola, anziché stimolare il pensiero. Sul Plus-un vorrei dire inoltre che garantisce, per la sua alterità rispetto al gruppo, di evitare un legame così precario come è quello dell'identificazione ad un'insegna.

Il "motore" che muove al lavoro nei Cartel è il desiderio e la sua logica della mancanza, la chiave di una formazione alla psicoanalisi intesa in questi termini, attraverso questo dispositivo

presuppone appunto un continuo rilancio delle possibilità di lavoro del testo. Mi soffermo su questa idea solamente per aggiungere che ogni volta che il testo è oggetto del lavoro di questo gruppo si stabiliscono delle relazioni specifiche nei confronti della formazione stessa, o almeno questo è quello che è capitato a me. Questo scambio avviene ad un livello simbolico che per Lacan è il registro su cui si lavora con la psicoanalisi. A questo livello lo psicanalista francese introduce l'idea di "desiderio dell'analista", che ruota attorno ad una centrale domanda circa il funzionamento del rapporto di cura e che più avanti avremo modo di trattare più approfonditamente. La psicoanalisi intesa in questo senso è veramente originale e di questo aspetto vorrei trattare per un attimo, di quanto cioè essa si allontani dalla visione di terapia intesa nel classico senso di riduzione/cura del sintomo. Da questa prospettiva ogni soggetto è "acchiappato" dalla propria analisi in virtù di una curiosità, di un interesse e di un amore per la parola e per il tentativo continuo di condivisione di questa.

Tornando al Cartel e alla sua forza propulsiva ci si deve riferire anche ad un concetto espresso da Lacan e utilizzato per la spiegazione di molti aspetti: il Soggetto Supposto Sapere. Questo appiglio diventa fondamentale per giustificare due aspetti che, ruotando attorno al Cartel, ci dicono qualcosa sulla formazione alla psicoanalisi che vi si svolge.

Se si osserva cosa accade all'inizio di una analisi si può osservare che il soggetto, l'analizzante... il paziente insomma, ripone una concreta fiducia nella capacità dell'analista di sapere cosa può aiutarlo, egli situa dentro l'analista il segreto, la cosa giusta, la soluzione che egli non riesce a trovare. Per quanto riguarda il soggetto la domanda di cosa avviene all'inizio di una analisi è correttamente esaurita in questi termini.

Per l'analista d'altro canto è bene che sia verificata e cosciente l'ipotesi che egli, non essendo Dio né una sua immagine, né una entità con capacità sovranaturali, non ha, né avrà mai tutte le risposte alle domande che il soggetto pone; ma è di fondamentale importanza che sappia attorno a cosa ruota il movimento del processo in cui lo conduce, che abbia in definitiva ben chiaro quali sono le regole costituzionali, con un paragone giuridico,

del gioco cui stiamo giocando.

Il “desiderio dell’analista” in questo contesto si configura come un interesse che lungi dall’appoggiarsi sulla soddisfazione dei bisogni del soggetto trae la sua forza e si esaurisce “cnicamente” nella osservazione dei processi e delle articolazioni del pensare e nella conduzione della cura.

Il secondo termine da specificare e caratterizzante rispetto all’evento del Cartel è il Transfert. Il Transfert prima di tutto non è qualcosa che si organizza, che si monta ad arte ad inizio di una cura, come il tendone di un circo, ma secondo la celeberrima formulazione freudiana “non si crea ma si scopre”. Pertanto è una codifica della relazione che facciamo identificandone le caratteristiche solo a posteriori.

In secondo luogo, il Transfert ha una stretta connessione con l’eros, “un fenomeno essenziale legato al desiderio come fenomeno modale dell’essere umano. In estrema efficace sintesi Lacan puntualizza il rapporto tra Soggetto Supposto Sapere e Transfert in questa forma. Non appena da qualche parte c’è il Soggetto Supposto Sapere (...) c’è Transfert”.

Il saldo legame tra Transfert e Soggetto Supposto Sapere potrà essere una valida spiegazione all’interesse che scaturisce dal testo nel corso del Cartel. In termini ancora più spicci si potrebbe pensare che il sapere da lavorare nei gruppi Cartel altro non sia che la versione “testuale” del Soggetto Supposto Sapere. È per questo che il lavoro dei cartellanti è una elaborazione circolare piuttosto che avente un inizio e una fine, giacché il testo può essere infinito e il materiale mai concluso.

Riepilogando, le Cartel come dispositivo di formazione di gruppo costituisce una occasione sotto molteplici aspetti:

- favorisce e stimola l’incontro di diversi analisti attorno ad un medesimo oggetto di studio. Sviluppando il lavoro di ogni partecipante in una condizione di sottrazione all’effetto suggestivo del gruppo si può fare riferimento al singolo, per questo la formazione che passa attraverso questo dispositivo è immediatamente capitalizzata.
- ha una struttura tanto semplice e snella che

permette ai cartellanti la massima libertà di incontro e di scambio; in questo la dinamica del desiderio è costantemente mobilitata.

- la prospettiva del Plus-un, con la sua assenza di gerarchia rispetto agli altri cartellanti, implica necessariamente il confronto con la possibilità di autorizzarsi a decidere su un testo, ad operare un esercizio fallico di divisione.
- lavora grazie alla forza propulsiva del Transfert in modo che sia i cartellanti sia il Plus-un si trovano continuamente ad avere a che fare con le proprie scelte di formazione. Mettono cioè al servizio ed in evidenza grazie agli altri cartellanti quella tendenza che si configura come pulsione erotica e che è mossa verso il Soggetto Supposto Sapere.
- Rispetto ad un tema classico e molto ortodosso della formazione psicoanalitica, la frustrazione, questo processo formativo mi pare si possa intendere come un suo complementare. Attraverso la frustrazione si ha chiaramente un ritorno in termini di capacità di dilazione e posticipazione del soddisfacimento. In questo altro senso la continua tensione cui muove il Soggetto Supposto Sapere e la dinamica del desiderio, con le sue possibilità d’inganno, permette di sperimentare contestualmente il godimento e la soddisfazione.

Ilaria: Il nostro laboratorio ha rivisitato la struttura lancianiana del Cartel in più aspetti, tra i quali i compiti propri del +1. Tale figura, nei Luoghi di Pensiero, non distribuisce compiti rispetto ai testi scelti e i suoi interventi, qualora ci siano, non hanno una funzione particolare pre-stabilita, ma rispondono a una contingenza. In linea di massima il +1 tace e la sua parola emerge alla fine.

Ha senso nella formazione di uno psicoterapeuta di qualsiasi orientamento l’inserimento di uno spazio in qualche modo simile ai Luoghi di Pensiero? O meglio, può tale laboratorio essere considerato formante e perché?

Nel tentativo di rispondere a questa domanda, innanzitutto direi che il +1 porta una questione che lo interroga, e la porta scegliendo testi di autori che a loro volta ne sono stati interrogati. Già questo momento contiene in sé qualcosa di

formante: l'incontro col testo, ma ancora prima, con la questione interrogante che spinge a cercare il testo.

Il +1 si autorizza a scegliere testi che rappresentano la "sua" questione e invita i partecipanti a lasciarsi interrogare. Ogni esito è possibile, compresi 45 minuti di totale silenzio; quello che avviene è il risultato dell'incontro tra ogni individuo presente e quella specifica questione: trovo che anche questo sia un decisivo momento formante, l'incontro di un soggetto con ciò che interroga un altro soggetto.

Laura: La potenzialità formativa del Cartel risiede nel suo essere un dispositivo in cui viene introdotto qualcosa che fa segno restando muto: il testo, scelto dal +1, su cui i cartellanti lavorano.

Il testo "agita" il desiderio di conoscenza dei cartellanti azionando l'ingranaggio del transfert. Struttura del Transfert al testo:

- Chi desidera nel Cartel? I cartellanti, ciascuno per sé.
- Cosa muove l'adesione di una persona a un Cartel? Alimentare, ognuno per motivi diversi, il proprio sapere.
- Chi diventa l'oggetto del desiderio del Cartel? Il testo, con i suoi segni enigmatici.
- In che cosa i cartellanti desiderano il testo? Che dica loro qualcosa, che risponda alle loro domande di sapere ("Sì hai capito bene"), che insomma il testo a un certo punto sia oracolo e sveli la sua verità.
- Questo accade? No. Nessuna voce, dalla parte di un testo, può rispondere all'invocazione dei cartellanti.
- In che modo i cartellanti desiderano il testo, come lo "trattano"? Lo trattano come se il testo fosse il sembiante dei desideri e delle intenzioni di qualcuno.
- Di chi? Di un autore al quale viene attribuito un supposto sapere e perciò un supposto voler dire, voler trasmettere, voler significare ("Cosa avrà voluto dire? Secondo me... Secondo me... Secondo me..."). Ora, nessun autore risponderà mai di ciò che ha scritto. Eppure questa "finta" in cui veniamo catturati ogni volta che leggiamo un testo è quella che muove la "progressione di sapere", in un Cartel, ma

non solo, in qualsiasi processo di formazione, di studio, di ricerca.

Il testo nel Cartel irretisce i cartellanti in un benefico inganno: "seduce" con le sue parole i loro desideri inducendoli a pensare, parlare, confrontarsi, studiare, astrarre, nella speranza di catturare il prezioso *agalma* dell'autore. La formazione è sempre ciò che resta dall'incontro con quest'impossibile: è ciò che imparo e sedimento mentre sono impegnato a scoprire quello che credo si debba scoprire.

Claudia (fase di restituzione, al termine del lavoro): Innanzitutto, perché si restituisce? Perché così, si continua a desiderare, non si definisce mai un "saperne tutto"; si lascia lo spazio, per saperne ancora.

E ancora, cosa abbiamo fatto? Abbiamo desiderato. Che cosa? Beh, prima di tutto, il sapere; intorno ad una questione, ad un quesito che interroga e quindi lascia uno spazio non riempibile.

Comparare, quindi, perché? Per preservare, io direi, la possibilità di non incollarsi ma di incontrarsi, per articolare i nostri saperi intorno allo spazio singolare creato dal +1, chiunque esso sia; perché non possiamo costruire un sapere senza un desiderio, perché non ci sarebbe formazione senza desiderio, perché non ci sarebbe comparazione senza un altro di fronte a noi. E l'unico modo per fare comparazione, è proprio quello di preservarne la sua esistenza, come tale, senza introdurlo, senza violarlo, ma solo ascoltandolo. Questo, ad ora, è ciò che il nostro setting ci ha permesso di sapere.

L'ATTACCO AL CORPO IN ADOLESCENZA E IL SUO INTENTO COMUNICATIVO ALLA MADRE E AL PADRE: RIFLESSIONI SULL'OTTICA PROPOSTA DA PIETROPOLLI CHARMET

di Paola Marangio

psicologa psicoterapeuta ad orientamento sistemico relazionale

Gli adolescenti a cui si fa riferimento in questo contesto sono diversi da quelli che abbiamo sentito descrivere per anni, dei quali abbiamo letto nei saggi di psicologia e nei testi universitari. Il punto di osservazione proposto da Pietropolli Charmet è nuovo, o per meglio dire, è cambiato l'oggetto osservato: sono cambiati gli adolescenti, i loro genitori e probabilmente l'intera società rispetto a quella sulla quale sono stati scritti i libri che abbiamo letto finora.

Pietropolli Charmet descrive il suo lavoro con gli adolescenti che hanno tentato il suicidio e con i loro genitori proponendo un modello secondo il quale l'intervento deve essere il più tempestivo possibile e consta di interventi individuali sull'adolescente, sul padre e sulla madre separatamente per poi arrivare ad un incontro di restituzione dove viene, per l'appunto, restituita al padre, alla madre ed al figlio la propria funzione, il proprio ruolo in famiglia oltre che "recapitato il messaggio" insito nel gesto suicidario compiuto dal figlio.

Di particolare interesse, oltre che di utile applicazione nella clinica, è la motivazione che l'autore attribuisce all'adolescente che compie il cosiddetto attacco al corpo, la sua frase "*ne uccide più la vergogna della colpa*" credo che ne esprima bene il senso.

Il punto di osservazione diverso a cui accennavo prima è connotato da un "cambio di lenti": per usare una metafora del mondo della fotografia, gli adolescenti non vengono più fotografati con un teleobiettivo e un filtro

ottico edipico ma piuttosto con un grandangolo e un filtro narcisistico. In altre parole, non si tratta più di giovani che hanno a che fare con il senso di colpa rispetto ai propri genitori, nell'intimo della loro famiglia ma piuttosto di giovani che devono fronteggiare la vergogna rispetto ai pari, rispetto all'intera società. I ragazzi di oggi non vivono il senso di colpa per un insuccesso, non hanno paura del castigo per un comportamento non adeguato rispetto alle aspettative dei genitori o degli insegnanti ma sono piuttosto concentrati sul successo, sulla realizzazione di se stessi, sul diventare quello che hanno sognato di essere, anzi quello che *sanno* di poter essere. La sofferenza dell'adolescente non è quindi incentrata sul non riuscire a gratificare un adulto ma piuttosto sul non vedere riconosciuto il proprio Io ideale. Pietropolli Charmet descrive un cambiamento nello stile educativo dei genitori: se prima era normativo, etico e sanzionatorio e obbligava al rispetto delle regole familiari, ora è per lo più affettivo e mira allo sviluppo armonioso delle potenzialità dei figli. È come se oggi il progetto educativo fosse quello di farsi obbedire per amore e non per paura, come se i genitori si aspettassero che il figlio diventi un soggetto etico seguendo la strada dei sentimenti: amerà lo studio e le leggi non per timore delle conseguenze (non perché ascolta la voce del padre, del Super-Io dentro sé) ma perché ne comprenderà l'utilità al fine della propria realizzazione personale.

C'è da chiedersi quindi con quali mezzi avvenga il processo di separazione-individuazione da questo tipo di genitori, da questi "mammi" che

non vedono più il proprio bambino come un *essere perverso e polimorfo* ma piuttosto come un *cucciolo d'oro* che ha un potenziale altissimo e la cui felicità è a volte più importante di quella di chiunque altro se non, addirittura, è quella da cui dipende quella degli altri.

Di fatto l'intera società di oggi si può definire "adolescentizzata", gran parte degli spot pubblicitari parlano agli adolescenti, per non parlare dei libri, dei film e del settore dell'abbigliamento. I payoff di molte pubblicità sembrano riferirsi ai Narciso di cui parla Pietropolli Charmet: "impossible is nothing", "life is now", "just do it", "be inspired" così come la moda giovanile di portare pantaloni con il cavallo basso e la biancheria in bella mostra evidenzia metaforicamente come gli adolescenti di oggi da una parte raggiungano precocemente la maturità sessuale mentre dall'altra si muovano con il passo incerto di un bambino che ha ancora il pannolino.

Questi figli che hanno vissuto delle relazioni familiari così impreziosenti, che imparano da subito che il loro valore è enorme e che devono solo tirarlo fuori, come faranno a diventare adulti? Non devono contestare un'autorità paterna e compiere uno strappo nei confronti dell'amore materno ma avranno probabilmente delle manifestazioni sintomatiche più depressive, più vicine all'elaborazione del lutto piuttosto che alla nota ribellione adolescenziale nel momento in cui si renderanno conto che non otterranno in altre relazioni lo stesso spazio mentale che hanno avuto a disposizione nelle relazioni primarie.

Lo stile educativo affettivo che mira allo sviluppo del sé ("il figlio deve trovare se stesso") è il prodotto di una società figlia delle rivoluzioni del '68, di una società attuale in cui i genitori preferiscono che i figli siano dei piccoli Narciso piuttosto che Edipo; sia i padri che le madri lavorano ed un figlio che raggiunge l'indipendenza il più presto possibile è una consolazione. Sulla scia di un'analisi sociologica potremmo anche dire che oggi non ci sono più regole etiche indiscutibili, la voce del SuperIo è assente non solo nelle narrazioni delle sofferenze dei nostri adolescenti, ma un padre autorevole guidato dal principio di realtà viene a mancare anche come punto di riferimento

sociale a partire dalle prestigiose cariche politiche che danno l'esempio di come si possa seguire impunemente il principio del piacere.

Basta poco per rendersi conto di quanto sia vero che i nuovi adolescenti stiano cercando di assolvere all'unica richiesta che è stata fatta loro: "sii te stesso". È una richiesta che li lascia talmente liberi che a volte finiscono per essere disorientati, altre volte è il confronto con la realtà che li disorienta: loro sanno esattamente chi sono, ma il loro corpo crescendo non li ripaga, diventa un nemico invece che un alleato per raggiungere l'obiettivo del successo.

Nel mondo virtuale di Internet il corpo non è di intralcio, e l'adolescente sente di poter dare il meglio di sé, la parte più vera di sé.

Ecco le parole di un adolescente che scrive sul proprio blog:

"Soffro ma non lo do a vedere
Vivo cercando un senso alla vita
Vado avanti volendo farla finita
Non voglio più niente
Voglio essere solo me stessa in questo mondo
Ci sono poche cose in cui credo: *io sono il mio idolo*"

Credo sia vero che loro stessi sono i propri idoli, i cuccioli d'oro in cui tutti hanno creduto fin dalla nascita. Che succede quando la società, facendo da specchio, non rimanda un'immagine così brillante? La ferita narcisistica di cui parla Pietropolli Charmet ha a che fare con questo, gli adolescenti di oggi sono narcisisticamente fragili e vivono con umiliazione ogni fallimento e rifiuto come fosse un'offesa, un attacco al proprio valore. Il pre-adolescente sa già quello che diventerà, programma il proprio futuro e raggiunge una maturità psichica molto prima di quella fisica. Durante l'adolescenza a volte il corpo lo tradisce, l'insulto narcisistico di scoprire che il proprio corpo non è diventato come avrebbe dovuto, secondo il proprio progetto, è insostenibile.

Il corpo è lo strumento per la realizzazione narcisistica del Sé e l'adolescente si chiede se può accettare o meno il proprio corpo rispetto a questo fine. La scoperta che il corpo non è eterno, che non basta a se stesso ma è complementare ad un altro corpo, che può essere di intralcio alla realizzazione dei propri scopi induce l'adolescente ad attaccarlo, a

modificarlo denutrendolo, tatuandolo, tagliandolo, bucadolo con i piercing, fino ad arrivare ad ucciderlo. Come giustamente sottolinea l'autore, uccidere il proprio corpo per l'adolescente non corrisponde a morire: "suicidarsi per uccidersi, non per morire". La morte del corpo è una soluzione alternativa per la realizzazione del proprio Sé ideale: uccidendo il corpo reale se ne ottiene uno eterno in una sorta di vita superiore.

Non tutti i tutti i gesti di modificazione e mortificazione corporea vanno considerati come gesti suicidari, ci sono gesti autolesivi che andrebbero interpretati come tali seguendo la definizione di Favazza (*"Bodies under siege"*, 1996) che si riferisce al self harm come una "deliberata distruzione o alterazione del proprio tessuto corporeo in assenza di un cosciente intento suicida". Ad ogni modo è innegabile il valore relazionale che hanno sia il gesto autolesivo che il tentato suicidio nei confronti dei genitori.

Il punto di vista di Pietropolli Charmet che mette al centro dell'attenzione la mancanza di una voce paterna, di un Super-Io nella sofferenza adolescenziale è di utilità anche nel lavoro sistemico con le famiglie degli adolescenti in difficoltà soprattutto perché amplia e modifica quelli che abbiamo sempre considerato essere i compiti evolutivi tipici della fase del ciclo vitale di una famiglia con figli adolescenti.

Questo apre nuove prospettive al nostro lavoro come psicoterapeuti: che tipo di genitori saranno questi giovani? E che tipo di problematiche ci troveremo ad affrontare con i loro figli tra venti anni?

Riferimenti Bibliografici

Favazza, A.R. (1996). *Bodies Under Siege: Self-mutilation and Body Modification in Culture and Psychiatry*. Baltimore: The John Hopkins University Press.

Pietropolli Charmet, G., e Piotti, A. (2009). *Uccidersi, Il tentato suicidio in adolescenza*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

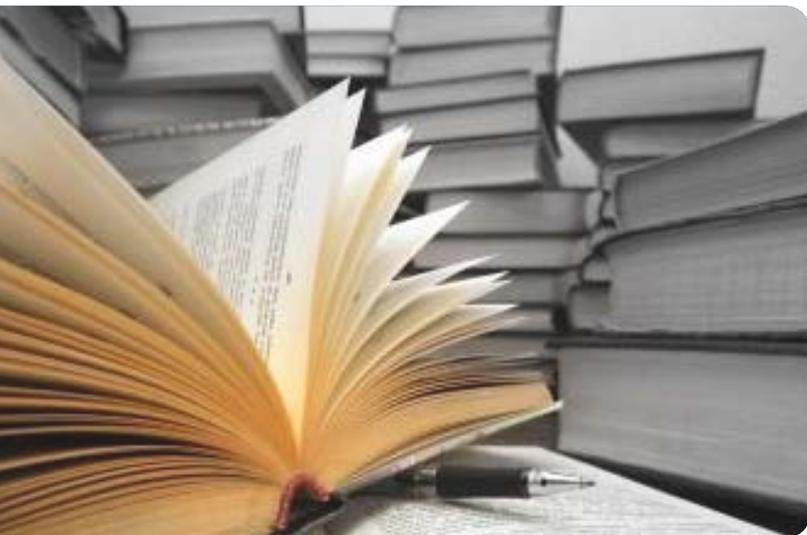
Pietropolli Charmet, G. (2010). *Fragile e spavaldo. Ritratto dell'adolescente di oggi*. Roma: Editore Laterza.

Altre fonti

<http://lellyxs.giovani.it>

Seminario *L'attacco al corpo in adolescenza*. 26 marzo 2011, Siena.

Corsi e Master



Come affrontare l'Esame di Stato per Psicologo

edizione: IV

durata: 20 ore

frequenza: 1 weekend (venerdì 14.30/18.30 - sabato e domenica 9.30/13.30 - 14.30/18.30)

sede di svolgimento: Firenze

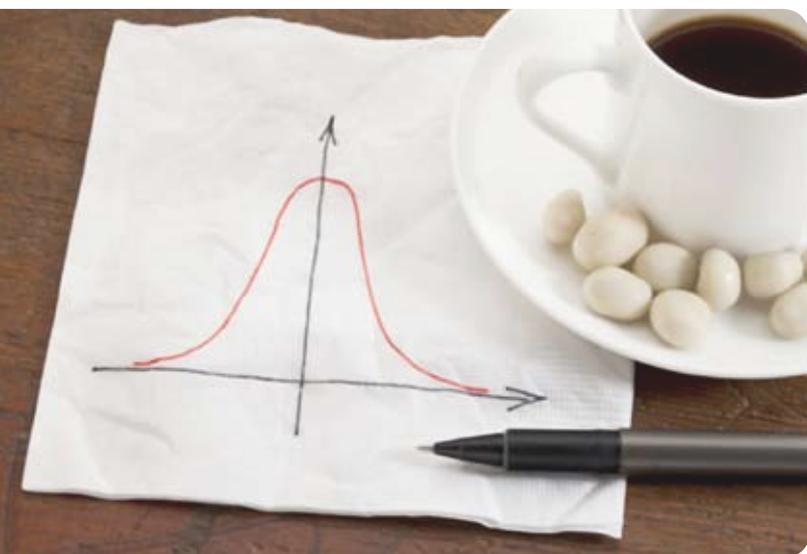
destinatari: laureandi e laureati in psicologia

modalità di iscrizione: compilazione della domanda

prossima edizione: novembre 2013

costo: euro 60

rilascia: Attestato di frequenza



Corso per l'utilizzo di SPSS

edizione: III

durata: 16 ore

frequenza: 1 weekend (sabato e domenica 9.30/13.30 - 14.30/18.30)

sede di svolgimento: Firenze

destinatari: rivolto a studenti, ricercatori, soggetti impegnati nella gestione di dati e analisi statistica

modalità di iscrizione: compilazione della domanda

prossima edizione: autunno 2013

costo: 80 euro

rilascia: Attestato di frequenza



Corso di Tecniche di Rilassamento Comparate

edizione: II

durata: 20 ore

sede di svolgimento: Firenze

destinatari: laureandi e laureati in psicologia

modalità di iscrizione: compilazione della domanda

prossime edizioni: autunno 2013

costo: euro 300

rilascia: Attestato di frequenza

Sede di Firenze
Tel. 055 2479220
Fax 055 2477263
eMail segreteria@spc.it
www.spc.it



Scuola di
Psicoterapia
Comparata

Fondata da Patrizia Adami Rook



I PERCHÉ DELLE CINQUANTA SFUMATURE

di Ilaria Bagnulo, Claudia Bonaccini, Valentina Del Lungo, Martina Faralli,
Francesca Vienni

dottori in psicologia, tirocinanti post-lauream Scuola di Psicoterapia Comparata

Perché “Cinquanta sfumature di Grigio” abbia avuto così tanto successo se lo chiedono in molti: opinioni contrastanti imperversano sul web, sui giornali, in tv ed anche il nostro articolo tenta di dare una risposta a questa non facile domanda.

Si tratta del romanzo scritto dalla londinese Erika Leonard James, a cui hanno fatto seguito le sfumature di Nero e di Rosso.

Giornalisti autorevoli sostengono che: “Ci sia più erotismo in una virgola di Henry Miller che in cinquecento pagine di Ms. Leonard James” o che la trama amorosa sia più inquietante delle pratiche sadomaso. C’è chi l’ha etichettato come un Harmony pornografico, per altri invece è un romanzo erotico bello e travolgente, una storia d’amore intrigante (Severgnini, 2012).

Che piacciono o meno, quelle cinquecento pagine sono diventate in breve tempo un clamoroso bestseller, con ben trentasette milioni di copie vendute in tutto il mondo; la casa editrice Mondadori, in Italia, ne ha vendute quasi due milioni.

Un fenomeno globale che, a tutt’oggi, continua a trovare nuova linfa vitale: verrà infatti inciso un album di musica classica, che raccoglie i brani che fanno da sottofondo alle vicende dei due protagonisti; negli Usa sono già stati firmati accordi ai due protagonisti del romanzo, con tre aziende per produrre lingerie e capi d’abbigliamento; impazzano poi sul web le scommesse su chi darà il volto ai protagonisti del romanzo nelle sale cinematografiche. Le case di produzione Focus Features e Universal hanno annunciato che la storia potrebbe arrivare nelle sale mantenendo il titolo originale e rumors sempre più insistenti vorrebbero la pellicola al cinema già a dicembre del 2013.

Stando alle parole della stessa autrice: “Punto forte è la storia d’amore, non il sesso”.

Dall’incontro fortuito tra l’ingenua e graziosa Anastasia Steel, studentessa universitaria, poco più che ventenne, ed il giovane imprenditore milionario Christian Grey nascerà infatti un amore travolgente ed i due si renderanno subito conto di non poter fare a meno l’uno dell’altra.

Ben presto però l’animo romantico e sognatore della giovane Anastasia si scontrerà con i fantasmi che popolano l’oscuro passato del suo amato, tanto da render lui maniaco del controllo e schiavo delle sue stesse ossessioni. Ossessioni e manie che vivono nelle pratiche sadomaso della “stanza dei giochi” ed in quei “costumi” che indossano entrambi: quello del dominatore che controlla, governa e regola ogni singolo aspetto della vita della sua Anastasia e quello della sottomessa dal quale, nonostante i vari tentativi, la giovane donna non riesce a sottrarsi.

Il libro, malgrado le critiche ricevute, è diventato un vero e proprio bestseller occupando le prime posizioni delle classifiche, e capire perché questo sia accaduto è ciò che ci proponiamo nel nostro articolo. Per fare ciò, oltre a leggere il libro, ci siamo proposte di fare una breve analisi della letteratura sul sadismo e sul masochismo sessuale, così da inquadrare meglio le figure dei due protagonisti e indagare i desideri nascosti delle lettrici (e di qualche lettore) sulle tematiche relative alla sessualità; perché si sa, il sesso vende, specialmente se si affrontano tematiche trasgressive come il sadomasochismo che improvvisamente diventa così facilmente accessibile. Successivamente a questa prima analisi abbiamo intervistato un esperto psicoterapeuta ed infine abbiamo elaborato un questionario strutturato da somministrare ad un gruppo di lettori e lettrici.

Analisi della letteratura

Dall'analisi della letteratura, il DSM IV-TR (APA, 2000) tratta esplicitamente di otto parafilie, tra cui appunto sadismo sessuale e masochismo sessuale, fornendone i criteri diagnostici che qui riportiamo in breve:

- **SADISMO SESSUALE:** il termine sadismo si sviluppa nel XIX secolo e deriva dal nome del marchese Alphonse François De Sade (1740-1814), noto per i suoi scritti definiti immorali. Il sadismo è inteso come eccitamento sessuale (nel comportamento o in fantasia) derivante da azioni, reali e non simulate, che inducono sofferenza psicologica o fisica (inclusa umiliazione) nella vittima.
- **MASOCHISMO SESSUALE:** il termine deriva dal nome dello scrittore Leopold von Sacher Masoch (1836-1895), che similmente a De Sade è noto come scrittore dalle tendenze liberali. Nello specifico, riguarda un eccitamento sessuale (nel comportamento o in fantasia) derivante dall'atto, reale e non simulato, di essere umiliato, picchiato, legato o fatto soffrire in qualche altro modo.

Le parafilie vanno però distinte dalle fantasie erotiche che possono essere anche molto spinte e “perverse”, ma che sono del tutto normali e presenti nella maggior parte delle persone, queste fantasie acquistano un carattere parafilico quando causano distress o danneggiano il soggetto nelle vari aree della sua vita, come ad esempio nell'ambito lavorativo e nelle relazioni. Si ritiene infatti che almeno un terzo della popolazione abbia provato occasionalmente una fantasia o un desiderio masochistico (Dettore, 2001).

Per dare una spiegazione al grande successo riscosso dal libro, ci siamo soffermate a indagare gli aspetti relativi alle differenze di genere nelle suddette parafilie. I dati epidemiologici ci dicono che il sadomasochismo oggi è prevalentemente maschile e che c'è una prevalenza di masochisti rispetto ai sadici, la cui precisa entità però non è nota. In una ricerca condotta in Finlandia (Sandnabba et al, 1999), attraverso l'intervista tramite questionario a 164 uomini di età

compresa fra i 21 ed i 51 anni, frequentatori di locali sado-maso si è visto che l'88% di loro praticava sesso tradizionale prima di dedicarsi ad attività sado-masochista. L'età media in cui avevano preso consapevolezza di questi desideri era intorno ai 18-20 anni, la prima esperienza vicino ai 21-25 anni, nella maggioranza dei casi valutata come un'esperienza positiva. La preferenza sadica o masochista può cambiare nel corso della vita: in genere passando dal masochismo al sadismo. La parafilia di gran lunga più diffusa nella donna è il masochismo sessuale, mentre tutte le rimanenti parafilie sembrano essere rare (Pietrantonio, 2006); si intuisce dunque perché questo libro abbia suscitato tanta curiosità soprattutto al genere femminile.

Laws e O'Donohue (1997) identificano e descrivono tre principali aspetti del masochismo: dolore, perdita di controllo, umiliazione.

Il prendere a sculacciate, per esempio, può far parte di tutte e tre le caratterizzazioni, in quanto può significare sia esperienza di dolore, sia episodio di umiliazione e punizione, sia rappresentare la perdita di controllo e il sentirsi vincolati nelle mani dell'altro (Laws e O'Donohue, 1997).

Christian nel libro si esprime così verso Anastasia: “Devi sapere che appena varchi la mia soglia per essere la mia Sottomessa, io farò di te quello che voglio. Devi accettarlo e desiderarlo. (...) Ti punirò quando mi ostacolerai. Ti addestrerò a compiacermi”. La più comune e diretta forma di controllo è rappresentata proprio dall'essere sottomessi, schiavizzati.

“I miei libri hanno cambiato la vita sessuale di milioni di persone” dice la James. Pare così che i desideri masochistici di molte donne siano stati legittimati da questo libro. Dunque le donne sono davvero così desiderose di assomigliare alla sottomessa protagonista del libro?

Secondo Baumeister (1988), il masochismo è una strategia di “resa” (perdere controllo e potere) di fronte alle richieste sociali di presa di decisione, forza e autonomia; egli afferma che il masochismo potrebbe essere l'estrema conseguenza di un'esistenza esperita come opprimente, soprattutto se l'individuo vive nella nostra società occidentale improntata

sull'individualismo, dove tutte le responsabilità ricadono sul singolo. Il masochismo sarebbe dunque una tecnica per liberarsi del proprio senso di sé, che in talune circostanze può costituire un carico ingombrante e penoso. La perdita di controllo libererebbe dal peso delle scelte e delle decisioni, l'umiliazione contrasterebbe col faticoso processo di mantenimento della stima di sé e reputazione nella società.

E se le donne, dopo anni di lotte per ottenere l'uguaglianza, si fossero rese conto che avere il controllo di tutto non è poi così vantaggioso e dunque che lasciarsi andare, che avere un Christian che pensa a tutto, ti protegge e poi ti sculaccia, in realtà potrebbe essere meglio?

Intervista all'esperto

Per approfondire le tematiche emerse fino a questo punto, l'intervista al prof. Davide Dettore, docente di Psicopatologia del Comportamento Sessuale presso l'Università degli Studi di Firenze, ci consente di ipotizzare da un lato il perché dell'enorme successo di pubblico di questo romanzo, dall'altro il modo in cui tale successo si collega alla curiosità verso pratiche da sempre coperte da un velo di tabù, come quelle sadomaso.

Secondo Dettore, l'elevato numero di vendite sarebbe dovuto alla scorrevolezza della lettura e alla facilità con cui i lettori, ma soprattutto le lettrici, possono identificarsi con i protagonisti. Il romanzo *“offre una narrazione fatta in modo tale che molte persone ci si possano identificare, nel protagonista o nella protagonista”*.

E perché tale facilità? Forse potrebbe essere riconducibile ad una ricerca, prettamente femminile, di un uomo protettivo, che sia garante di un futuro sicuro, e in tale senso di protezione portato all'estremo si potrebbe interpretare l'eccessivo controllo di Mr. Grey nei confronti di Anastasia, dal suo esercizio fisico alla dieta, passando ovviamente per le pratiche sessuali. Nelle parole di Dettore, *“è ovvio che nel momento in cui devo cedere il controllo su me stessa a qualcuno, lo faccio solo se questo qualcuno ha delle caratteristiche tali che ne valga la pena, o che io penso abbia qualche prospettiva anche per un futuro... Ed evidentemente questo partner è bello, potente, ricco, e*

queste sono caratteristiche positive. Probabilmente lei, essendo anche insicura e inesperta, con tutto quanto questo contratto, tutta questa preoccupazione che lui ha per la sua salute, ecc, può anche avere l'illusione che lui sia una persona a cui affidarsi e che si preoccupa di lei. E poi tutta questa preoccupazione potrebbe essere coerente con un atteggiamento femminile di: “Lui si preoccupa per me, mi protegge”... Anche se poi, in realtà, è fatto per scopi egoistici, però in un'ottica così, un po' di infatuazione può essere vista in senso positivo”.

Secondo Dettore, dunque, Christian Grey potrebbe essere una figura così attraente per le donne in quanto assimilabile a un Principe Azzurro moderno: ricco, bello, di successo, al quale potersi affidare anche in una situazione di richiesta estrema come quella del sesso sadomaso.

Il fatto che tali pratiche sessuali, certamente non quotidiane, attirino tanto le lettrici non dovrebbe in realtà sorprendere; come anche Dettore sostiene *“gli studi che riguardano le fantasie sessuali della donna dicono che le fantasie di abuso o di dominazione sono fra le più frequenti”*. Perché? Il senso comune direbbe che fantasie simili dovrebbero suscitare paura e non eccitazione, ma come precisa il professore *“è molto diverso essere abusate davvero e in fantasia. Quando una donna elabora una fantasia di abuso sessuale in cui lei in realtà ha il pieno controllo della situazione, decide chi la abusa, come, in che situazione... Mentre invece un abuso reale è una totale perdita di controllo, vissuto molto male. Un abuso organizzato non è un abuso in realtà, è un simulato di abuso, è come se lo simulasse col marito... si mettono d'accordo, fanno una sceneggiatura e poi la recitano!”*.

Perdere il controllo nella fantasia sembra dunque equivalere ad esercitarlo nella realtà, in quanto si è padrone di decidere se abbandonarsi o meno alle “dominazioni” senza il timore di conseguenze negative.

L'anti-eroe Grey è comunque molto distante dalla maggioranza dei comuni partner, e ci si domanda se tutto questo interesse per lui non potrebbe anche essere collegato ad una latente mancanza di soddisfazione sessuale nella media delle lettrici, che coverebbero l'implicito desiderio di trasformare i propri uomini in emuli del miliardario protagonista. Anche in questo caso, le parole di Dettore offrono un ulteriore chiarimento: *“Tutti noi tendiamo a dedicarci a fantasie sessuali in cui in genere facciamo cose*

che non facciamo normalmente. (...) Le fantasie sono delle cose più trasgressive, più eccitanti, anche perché in una fantasia bisogna avere stimoli più forti che nella realtà?

Il bisogno di fantasticare sull'essere dominate non sarebbe dunque riconducibile ad una frustrazione del desiderio sessuale, quanto più ad una normale tendenza, sia negli uomini che nelle donne, ad inserire situazioni inusuali nei propri sogni ad occhi aperti, soprattutto per eccitarsi sessualmente, anche perché, come sostiene lo stesso Dettore *“nella realtà uno lo sta facendo realmente, nella fantasia per l'eccitazione uno deve avere degli stimoli un po' più forti”*.

La fantasia erotica è comunque confermata dal professore come più frequente negli uomini piuttosto che nelle donne, che avrebbero dunque maggiormente bisogno di stimoli esterni per esservi condotte, e tali stimoli sono potenzialmente tanto più accattivanti quanto più evadono dalla realtà di tutti i giorni, proprio come accade nella storia di questo libro. *“Gli uomini pensano al sesso spontaneamente, le donne no, sono più reattive, possono pensare al sesso, ma devono avere uno stimolo che le ha portate in quella direzione”*. Personaggi come Christian Grey sono dunque affascinanti, ma nascondono, seppure in modo romanzato, tratti di personalità psicopatologica, che in questo caso sono spostati sul versante del controllo ossessivo. Secondo il professor Dettore, la personalità ossessiva, all'interno della sfera sessuale, o non si esprime o lo fa secondo regole precedentemente stabilite, non tanto per il proprio piacere, quanto più per mostrare la propria buona prestazione e soddisfare la partner. *“Gli ossessivi non sono tanto preoccupati del loro piacere, ma del piacere che danno all'altro. Così sono altruisti, quindi buoni, e d'altro canto così fanno anche vedere di essere bravi. Quindi è coerente”*.

Le pratiche sadomasochiste sembrano quindi terreno fertile per l'esercizio di tale controllo. Ed ecco alcune motivazioni, fra le tante teorie emerse in letteratura, per cui risulterebbero attraenti: il dominatore ha l'altro completamente assoggettato a sé, e prova, secondo Dettore, il *“piacere di sentirsi potente nei confronti di un altro che è facilmente piegabile”*; il dominato potrebbe invece trarre una soddisfazione dovuta a un consolidamento del proprio Io: *“Se io tollero situazioni di questo genere,*

allora vuol dire che sono proprio (...) forte... e quindi sono delle esperienze che rafforzano il mio Io”.

Nell'attrattività suscitata da questo genere estremo di dimensione della sessualità potrebbe giocare un ruolo particolare anche l'appartenenza all'odierna società occidentale: nella nostra società *“le persone in gamba sono quelle che mantengono il controllo, che controllano tutto, e dominano le situazioni?”*.

Il sadomaso non è comunque né una prerogativa dei nostri tempi né della nostra società: nei luoghi di piacere del passato si potevano trovare sale apposite, i cosiddetti *“salòn”*, per dedicarsi e anche la letteratura ad esse dedicata ha sempre suscitato scalpore, ma anche estrema curiosità, come i celebri racconti del marchese De Sade.

“Cinquanta sfumature di grigio” potrebbe dunque piacere perché rappresenta un'evasione, una fantasia abbastanza forte da calamitare l'attenzione, ma non così tanto da apparire minacciosa; il sesso sadomaso è mitigato dalla figura di un protagonista che, pur nella sua rigidità, si preoccupa per la partner e la riempie di attenzioni. Non deve stupire che siano più le donne ad apprezzarlo: al di là del romanticismo sotteso dalla storia, le donne sono comunque più propense a *“identificarsi, un uomo tende a oggettificare. Cioè, se voi date una fotografia di un uomo nudo a un uomo che è eterosessuale, al massimo può dire “...è bello, ha un bel fisico”, ma (...) se voi offrite una foto di una donna nuda ad una donna potrebbe eccitarsi sessualmente, ma non perché è lesbica, ma perché si identifica nella donna”*.

Come il professor Dettore rimarca, la donna ha bisogno ed è più capace di immedesimazione, l'uomo è più propenso ad eccitarsi con stimoli forti, oggettuali, non direttamente accessibili dal romanzo.

Ma questo immedesimarsi porterà alla fine qualche cambiamento al modo stesso di vivere la sessualità di coppia, come anche l'autrice del libro sostiene? Nelle parole del professor Dettore, *“è ovvio che non si può dire “no”, perché tutto ciò che accade nella vita di una persona può modificarne il comportamento. Che sia altamente probabile... no, non lo vedo come molto probabile, però che sia possibile”*.

La nostra indagine

A partire dagli spunti forniti dalla letteratura e dal parere dell'esperto, abbiamo approntato un questionario che chiarisse i quesiti principali: il libro vende, ma quanto è piaciuto a chi lo ha letto? Che cosa è piaciuto? C'è davvero così tanta immedesimazione nei protagonisti? Come vengono considerati?

Partecipanti e metodo

Per l'analisi condotta abbiamo strutturato un questionario composto da una scheda anagrafica e 15 domande, di cui 8 su scala Likert a 5 punti. È stato somministrato sia via web sia in forma cartacea e l'analisi condotta è stata di tipo qualitativo.

I partecipanti all'indagine sono 71, di cui 64 donne e 7 uomini, di età compresa fra i 16 e i 58 anni (età media donne 28,2 e uomini 35,5).

In relazione al titolo di studio, il gruppo è così suddiviso: 36,62% ha un Diploma, 33,8% possiede la Laurea Magistrale o Specialistica, 11,27% la Licenza Media, 9,86% una Laurea Triennale ed il restante 8,45% possiede un Attestato di qualifica professionale.

Per quanto riguarda la professione troviamo: 45,07% dipendenti presso enti di varia natura, 32,38% studenti, 9,85% disoccupati, 7,03% liberi professionisti, 4,22% casalinghe e il restante 1,41% sono imprenditori.

Ci siamo chieste come fossero venuti a conoscenza del libro ed è emerso che il 69% di loro lo ha scoperto tramite amici, mentre il restante 31% tramite pubblicità.

Risultati

In un'analisi degli elementi chiave del grande successo del romanzo, in primis è emerso che il pubblico responsabile del successo è costituito dall'eterogeneità delle lettrici. Il nostro campione ha evidenziato infatti che il libro è piaciuto tanto alle donne giovanissime quanto a quelle più mature (età media 35 anni); inoltre, nel successo non hanno avuto importanza il livello culturale ed il lavoro svolto dalle nostre lettrici, ma il piacere di provare attraverso una storia romantica e allo stesso tempo piccante,

emozioni intense. Proprio come ci ha confermato l'esperto, infatti, gioca un ruolo chiave l'identificazione che il soggetto prova nei confronti dei protagonisti e nella storia.

Dai dati emerge che sia le donne (37,43%) sia gli uomini (42,86%) non si identificano nei personaggi di Anastasia e Christian, perché i due protagonisti vengono riconosciuti da entrambi i sessi come personaggi irreali (61,96%).

Ciò nonostante l'immedesimazione, soprattutto per il pubblico femminile, ha interessato la storia romantica in sé, della quale riportano come aspetti più apprezzati soprattutto il corteggiamento (70,41%) e la volontà di Christian di esser migliore per Anastasia (50,41%).

Alla domanda "*Quanto le piacerebbe vivere la storia di Christian e Anastasia?*" le lettrici rispondo *per niente* (22,54%), *poco* (29,58%) e *mediamente* (23,93%), ciò evidenzia che l'identificazione con un personaggio femminile che si pone in un atteggiamento di sottomissione al partner, anche se in modo quasi "ribelle", ed esclusivamente in camera da letto, non è riconosciuta.

L'emozione principale suscitata nei lettori riguardo il contratto tra Dominatore e Sottomessa stilato da Christian Grey risulta essere comunque la curiosità (30,98%), mentre non ha suscitato paura (54,93%), frustrazione (45,07%), umiliazione (42,24%) o eccitazione (39,44%).

Questo sembrerebbe confermare la tendenza femminile a trovare eccitanti non tanto gli "oggetti" sessuali (anche le estimatrici del libro non gradiscono i giochi sadomaso e il contratto), quanto l'intero contesto che fa da sfondo, con un uomo che, se da un lato vuole essere padrone, a volte umiliante, dall'altro è prodigo di attenzioni, arriva a proteggere da ogni pericolo, e potrebbe sembrare, evolutivamente parlando, un soddisfacente protettore di un'ipotetica famiglia.

Per quanto riguarda gli uomini della nostra intervista sono stati, come avevamo ipotizzato dopo l'intervista al Prof. Dettore, poco affascinati dal romanzo, oltre che difficili da trovare. Di fatto hanno risposto che il libro gli è piaciuto *poco* (57,15%), a differenza delle donne alle quali, come precedentemente accennato, il

libro è piaciuto da *mediamente* (23,93%) a *abbastanza*.

Cos'ha quindi colpito così tanto le donne del personaggio Christian Grey? Probabilmente proprio le sue “cinquanta sfumature di tenebre”, il lato nascosto e misterioso (35,2%) che ogni donna vorrebbe scoprire, risolvere e fare suo, tanto quanto gli aspetti più concreti come il sesso (67,61%), la sua mania del controllo (67,6%) e i soldi (59,14%).

Risulta poi emblematica la risposta alla domanda “*Come descriverebbe Anastasia?*”. La protagonista del romanzo viene considerata non troppo ingenua – con risposte che vanno da *poco* (22,54%), a *mediamente* (19,72%) e *abbastanza* (22,54%) – e poco furba (32,38%); aspetto interessante considerato il fatto che in seguito la maggioranza (65,5%) ha risposto “ingenua” alla domanda aperta: “Che cosa spinge Christian ad innamorarsi di Anastasia?”.

Conclusioni

Quindi qual è il segreto che ha reso così interessante la lettura del best seller?

A nostro avviso, sicuramente non la qualità di scrittura dell'autrice e neanche l'ambientazione così priva di spunti, quanto piuttosto l'aspetto erotico del romanzo, il quale probabilmente ha sdoganato certi desideri fino ad ora tenuti sepolti soprattutto nel cuore di molte donne.

Il coinvolgimento potrebbe poi essere accentuato dalla scrittura in prima persona, al presente, come per aumentare l'urgenza di continuare a leggere e, allo stesso tempo, non rendere necessario l'utilizzo di grandi sforzi cognitivi, favorendo la cosiddetta “*Brainless reading*”, una lettura disimpegnata resa possibile dalla semplicità grammaticale della scrittura e dall'editing di facile fruizione (Canu, 2012). Questo intento è comunque esplicitamente dichiarato dalla scrittrice Erika Leonard James, che voleva dare un tocco di leggerezza alla lettura del romanzo.

Ma a questo punto ci siamo chieste perché la storia di Christian e Anastasia ha suscitato tanto interesse? In fondo se ne leggono tante di storie d'amore in romanzi rosa scritti tutto sommato anche meglio di questo.

Il personaggio di Anastasia, con il quale le lettrici sembrano non identificarsi, a dispetto di

quanto il Prof. Dettore sembra sostenere, viene percepito non ingenuo di per sé, ma solo se posto all'interno di una relazione diadica così travolgente e passionale. E allora ecco la chiave di volta, l'elemento cardine intorno al quale ruota l'interesse, l'elemento maschile della diade, il meraviglioso Christian Grey, personaggio idealizzato dalle donne come principe azzurro, dotato tanto di castello e fascino quanto di potere seduttivo. Ciò che più colpisce le donne di Christian, così idealizzato che qualcuna di loro spera di poterlo incontrare nella quotidianità, è il mistero attorno a cui ruota questo personaggio. Essere un maniaco del controllo con desideri sessuali del tutto insoliti, viene comunque compensato dal fattore “soldi”, aspetto di non poca importanza; tutto sommato però sembra che le lettrici siano attratte tanto dalla ricchezza del protagonista, quanto dalla travolgente vita sessuale dei due personaggi. Le lettrici non considerano infatti Anastasia un'incosciente ragazzina che rischia di trovarsi in una storia più pericolosa di quanto crede, né evidenziano particolare fastidio relativo all'aspetto sadomasochista del rapporto di coppia narrato. L'aspetto della sottomissione sembra non turbare in alcun modo il pubblico femminile, anzi, la speranza di riuscire a cambiare quest'uomo è ciò che rende intrigante la lettura. Tutto ciò va bene secondo le lettrici, purché non ci si immedesimi più di tanto.

Forse è coinvolto qualche fattore culturale? Le donne sembrano sconvolgersi a sentir parlare di altre donne che vengono sottomesse, ma evidentemente non si vogliono immedesimare in questo personaggio, allontanandosi così dal rischio di tornare indietro dal punto di vista evolutivo. Gli uomini invece non sembrano aver alcun tipo di difficoltà ad ammettere che una storia del genere la vivrebbero più che volentieri, rivendicando così, a nostro parere, il loro ruolo maschile di dominanza che non sembra essere in alcun modo a rischio.

Questa differenza spiega la tendenza degli uomini a prediligere stimolazioni erotiche più spinte, come anche Dettore conferma e come si nota anche dal fatto che non esprimano mai imbarazzo per i particolari descritti e si dicano comunque incuriositi proprio dalle pratiche sessuali in sé.

Il pubblico appare dunque spaccato, ma concordante su un punto: è la curiosità che

spinge a continuare a leggere, nonostante sia “noioso”, “scritto male”, “maschilista”. Curiosità per cosa? Per la storia d’amore, scrivono alcune, “per vedere dove si spingono” per altri. Sembra dunque che Erika Leonard James sia riuscita in pieno nell’intento di smuovere qualcosa all’interno dei lettori, anche se forse non come si aspettava (la maggioranza del nostro campione ha risposto che la propria vita sessuale non è affatto cambiata dopo la lettura, e per altri è stata solo fonte di spunti passeggeri). La curiosità crescente di leggere le vicissitudini di Anastasia e Christian, che si scontra con l’affermazione di non volere per sé una storia di questo tipo, sarebbe dettata dunque dalla volontà di astrarsi dal quotidiano, di fantasticare sul sesso con la leggerezza data dallo stile di scrittura semplice e diretto, ma senza nessun rimpianto di tornare con i piedi per terra; come anche Dettore sostiene: la fantasia è bella perché resta tale e l’abbandono all’altro è in essa programmato e sicuro. Alla fine sembra proprio che Christian Grey non sarebbe bello in carne ed ossa quanto lo è sulle pagine di un libro.

Riferimenti Bibliografici

- American Psychiatric Association (2000). *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-IV-TR)*. Milano: Tr. It. Masson.
- Dettore, D. (2001). *Psicologia e Psicopatologia del Comportamento Sessuale*. Milano: McGraw-Hill.
- Galimberti, U. (2006). *Dizionario di Psicologia*. Torino: Utet.
- Pietrantoni, L. (2006). *Sadomasochismo e feticismo: aspetti clinici e psicosociali*, *Rivista di Sessuologia*, 1, 1-10.
- Severgnini, G. (2012). *Il successo delle 50 sfumature? Si fa troppo sesso virtuale (e poco reale)*. <http://27esimaora.corriere.it>

Siti consultati

- <http://focusfeatures.com>
- www.danielacanublog.wordpress.com/tag/50-sfumature-di-grigio

A hand is shown placing a wooden block with a Psi symbol (Ψ) on top of a staircase of wooden blocks. The blocks are arranged in a line that recedes into the distance, creating a sense of depth and progression. The lighting is bright, casting shadows on the surface.

PSICOLOGIA AL SERVIZIO DELL'AZIENDA

Rivolta a:
Area Marketing e Vendite
Area Risorse Umane
Servizio Prevenzione e Protezione

FORMAZIENDA

Ente gestore
Società di Psicoterapia Comparata srl
Viale Gramsci, 22
50132 - Firenze

formazienda@spc.it

tel +39 055 2479220
fax +39 055 2477263

www.spc.it