

Fabio Vanni

Orientarsi nella scelta  
della formazione alla  
clinica psicoterapeutica



- Presentazione di P. Pellegrini
- Introduzione di F. Vanni
- La clinica psicoterapeutica con i bambini, con C. Zilioli, E. Crivelli e G. Moi
- La clinica psicoterapeutica con gli adolescenti ed i giovani, con A. Labanti, A. Ravasini e L. Giustina
- La clinica psicoterapeutica con gli adulti, con A. Restori, S. Bertacca e V. Bozuffi
- I tirocini post lauream in psicologia di V. Pasetti
- I tirocini di specializzazione in psicoterapia di F. Vanni
- Autori
- Ringraziamenti, privacy, etc

## Presentazione

P. Pellegrini

Diversi fattori, scientifici, tecnici, organizzativi, legislativi e politici concorrono affinché la distanza fra teorie e pratiche tenda a ridursi e la formazione universitaria e post universitaria si svolga sempre più in rapporto con i servizi sanitari chiamati, a loro volta, a crescenti impegni nell'ambito dell'insegnamento, della ricerca e della innovazione. E' un processo iniziato da pochi anni ed è auspicabile che possa continuare e rafforzarsi: una formazione che si avvalga realmente dell'apprendimento dall'esperienza, una didattica che possa confrontarsi con le difficoltà delle pratiche cliniche e non solo con gli aspetti ideali del sapere, un lavoro terapeutico che possa arricchirsi con riferimenti scientifici aggiornati e con la possibilità di utilizzare metodologie per la ricerca sul campo, possono portare al miglioramento della qualità in tutti gli ambiti: la formazione dei futuri professionisti, la didattica, la ricerca, la pratica clinica e la salute dei cittadini.

Negli ultimi 15 anni, nei Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche (DSM-DP) è notevolmente aumentata la presenza di studenti in scienze infermieristiche, medicina, psicologia, assistenti sociali, tecnici della riabilitazione psichiatrica, operatori socio-sanitari, specializzandi in psicoterapia e psichiatria. Un'importante occasione di apprendimento reciproco (fra studenti e personale strutturato) e un positivo apporto per i servizi, specie se le frequenze sono organizzate e collocate all'interno di un progetto formativo coerente e coordinato con l'Università e le diverse scuole di specializzazione.

Questo richiede sforzi di tipo metodologico, tecnico-scientifico, organizzativo in relazione ai diversi mandati dei vari segmenti operativi dei DSM-DP, che si occupa della salute mentale nell'intero arco di vita, attraverso quattro aree disciplinari (neuropsichiatria infanzia e adolescenza, psichiatria, dipendenze patologiche, psicologia clinica), ha compiti di prevenzione e

provvede ad emergenza-urgenza, consulenze, valutazioni diagnostiche, prese in cura, ricoveri, riabilitazione e integrazione sociale. Tutto questo in rapporto con altri servizi sanitari, territoriali e ospedalieri, sociali e di comunità. La compresenza di diverse situazioni patologiche, l'impatto che i disturbi hanno sul benessere, sulla qualità della vita del paziente e della sua famiglia, l'importanza dei determinanti sociali nei processi di costruzione-mantenimento della salute, i fattori extraclinici nell'ambito dei programmi di cura vanno a determinare una condizione di complessità che solo il riferimento al modello bio-psico-sociale può aiutare a comprendere. Modello nel quale le tre componenti non vanno viste in modo causale lineare, sequenziale, biologico -> psicologico -> sociale ma in un processo circolare di continua reciproca influenza. Questo può costituire riferimento per i servizi ed un orientamento alla complessità al fine di evitare semplificazioni inopportune che possono portare ad interventi incompleti o sbagliati.

Quanto detto mi sembra molto importante anche nella formazione degli psichiatri e degli psicologi psicoterapeuti dove la presenza di diversi orientamenti (clinico-biologico, cognitivo-comportamentale, psicomotricità, sistemico), a loro volta declinati in ulteriori indirizzi possono favorire letture (super)specialistiche di scuola. Nei servizi pubblici convivono psichiatri e psicologi di diversa formazione che devono lavorare insieme, condividere linguaggi e operatività.

Ogni occasione per facilitare questi processi appare utile. E' quindi meritoria l'iniziativa del Dr. Fabio Vanni, psicologo psicoterapeuta dell'AUSL di Parma, da diversi anni coordinatore dei tirocini, di aver organizzato incontri di confronto fra professionisti di diversi orientamenti e scuole su vignette di casi clinici, di bambini, adolescenti e adulti. Il presente testo li riporta in modo integrale onde far vedere il processo di discussione "dall'interno". Lo preciso perché la lettura può dare l'impressione di una carenza metodologica in quanto, trattandosi di vignette, volutamente i casi presentati risultano carenti di dati anamnestici, clinici e di contesto. In altre parole, sono l'occasione per vedere come ragionano i professionisti.

Poi discutere di casi vuol dire “fare una rappresentazione” della situazione e non si tratta certo del singolo paziente e della situazione clinica reale (che viene affrontata nell’incontro specifico, in un setting, del quale fa parte anche il terapeuta).

Della necessità di un orientamento alla complessità ho già detto e aggiungo qualche nota sulla clinica intesa come metodo che prevede la centralità della persona che soffre (letteralmente “il paziente”) e la relazione interpersonale come strumento di comprensione e conoscenza. Una clinica psicoterapeutica significa tenere sempre in primo piano l’impatto che ogni fase operativa sanitaria (accoglienza, colloquio, test, ricoveri, il setting ecc.) ed ogni altro evento extrasanitario, ha nel mondo interno del paziente, su vissuti, rappresentazioni e relazioni nel contesto di cura e in quello familiare e sociale di riferimento. Una clinica che preveda sempre, in ogni fase del ciclo vitale, un’ottica di tipo evolutivo, intesa non solo come crescita, sviluppo, cambiamento ma anche come capacità di affrontare, in ogni periodo della vita, le sfide, le difficoltà, i problemi, le sofferenze, il dolore e la morte che la vita propone a ciascun essere umano. Una clinica che richiede sempre la definizione e costruzione di un setting operativo.

Credo non occorra dilungarsi sulla necessità che lo psicologo/psichiatra, (attraverso studio, supervisioni, analisi personale ecc.), lavori per la costruzione della propria identità professionale (sviluppo della c.d. “personalità terapeutica”), né credo di dover dire molto sulla centralità della relazione di fiducia. Voglio aggiungere invece alcune annotazioni sulla necessità di saper lavorare in equipe multi professionali, punto questo molto carente in tutte le formazioni di psichiatri e psicologi: nei servizi non si lavora soli! Vi sono sempre gruppi di colleghi e un’istituzione di appartenenza. In molte scuole il prevalente, a volte unico, riferimento allo psicoterapeuta privato che lavora isolato nel suo studio, non solo non corrisponde alla pratica reale, visto che è sempre più frequente il lavoro in rete, ma è del tutto insufficiente per il professionista che lavora nel pubblico dove l’intervento dello psicoterapeuta, dello psichiatra deve integrarsi in modo coerente con quello dell’infermiere, educatore, logopedista ecc.. O

deve articolarsi con quello di altri soggetti: insegnanti della scuola, assistenti sociali, compagni di lavoro. A questo si aggiunge il tema, sempre più attuale, della responsabilità professionale sia verso il paziente e la famiglia (valutazione dei rischi, ecc.) ma anche verso i colleghi (specie se, come spesso accade, lo psicoterapeuta è anche un dirigente dell'azienda).

Poi gli aspetti metodologici e gli strumenti: accoglienza, osservazione, colloquio, anamnesi, test ecc.. Su alcuni punti sarebbero utili approfondimenti: ad esempio come condurre le consultazioni? Quali tests? Accesso di primo livello e/o specialistico? Trattare solo la patologia o anche il disagio, gli aspetti esistenziali? Come la psicoterapia si inserisce in programmi di cura?

La questione diagnostica: inquadramenti diagnostici sempre più dettagliati (Autismo, Disturbi del Comportamento Alimentare, Disturbi di personalità ecc.) cui riservare trattamenti sempre più specifici e "validati"? Oppure riprendere concetti più ampi, ad esempio di spettro, senza frazionamenti inutili, che producono doppie, triple diagnosi, e prese in cura sempre più allargate e talora caotiche?

Una visione complessiva, la ricerca scientifica (che sta dicendo cose nuove anche sull'efficacia delle psicoterapie), l'equilibrio clinico possono orientare le pratiche tenendo sempre presente che nel mondo reale i pazienti non sono quelli delle ricerche, le diagnosi multiple sono frequenti e vi è differenza fra "efficacia teorica" ed "efficacia nella pratica". Ed anche il rapporto costi-benefici richiede valutazioni protratte nel tempo.

Paziente e famiglia: mi pare emerga bene dai casi che tutti gli approcci cercano di affrontare il problema in termini complessi identificando strumenti diversificati (psicoeducazione, parent training, ecc.), fino alle letture di tipo sistemico e della terapia della famiglia. Tuttavia uno sforzo per un'ulteriori specificazioni potrebbe essere utile per il lavoro nei servizi.

La neuropsichiatria dell'infanzia e adolescenza costituisce una miniera ricca di stimoli per tutte le aree disciplinari: le più recenti teorie sullo sviluppo infantile, le linee evolutive, la continuità nel tempo e l'evoluzione di determinate sindromi/patologie. L'uso delle

teorie come modalità di lettura di quanto accade al bambino, alla sua famiglia, al contesto, alle equipe e agli stessi servizi. O per prevenire disagio e burn out degli operatori.

Il rapporto fra terapie ed educazione anche alla luce dell'utilizzo di tecniche riabilitative in diversi disturbi dell'età evolutiva.

Nei casi di operatori con formazioni diverse, (psicodinamica, cognitivo-comportamentale, sistemica, etc) quanto maggiore è la centralità della clinica tanto più vicine e coerenti sembrano le posizioni, che non solo coesistono, ma si contaminano e talora denominano lo stesso concetto o fenomeno solo con parole diverse. Ed appare quanto mai vero che nel lavoro clinico chi è di orientamento cognitivo usa gli affetti, gli psicoanalisti la chiarificazione o la confrontazione che hanno chiare componenti di natura cognitiva e via di seguito; nella pratica viene utilizzata una serie di strategie ed azioni che rimandano a ben più che ad una singola teoria di riferimento.

Se questo è positivo mi permetto di segnalare un rischio metodologico: attenzione ai cambi di paradigma per superare lo stallo. Quando una manifestazione non si risolve con un approccio occorre affrontare la difficoltà, lavorarci accanto. Mi si perdonerà l'esempio che deriva dalla mia formazione psicodinamica, ma di fronte ad una "resistenza" o ad un "transfert negativo" non si può chiamare la moglie del paziente e proporre una seduta di coppia magari di orientamento sistemico. Si può ovviamente cambiare indirizzo, approccio, setting, in modo chiaro esplicito, cambiando terapeuta.

L'integrazione non deve significare confusione. Ad esempio, il modello sistemico, che di solito utilizza il concetto di "paziente designato", deve essere applicato con una particolare cautela se si tratta un paziente affetto da schizofrenia che pone pesantemente in difficoltà la famiglia, magari perché non assume i farmaci in quanto non si sente malato. Forse potrebbe essere utile vedere tutta la famiglia per capire come la pensa rispetto ai farmaci e talora si potrebbe scoprire che il paziente non li prende ma anche gli altri membri del nucleo sono d'accordo. L'esempio è forse banale ma mi sembra utile per esprimere il concetto della compatibilità fra modelli (della

loro possibile integrazione, anche parziale) e per dire che un lavoro con la famiglia può servire per capire la sua sofferenza e magari intervenire con la psicoeducazione, senza necessariamente ribaltare completamente l'impostazione sul caso, come potrebbe accadere facendo una lettura rigorosamente sistemica.

Nell'adolescenza, le manifestazioni fisiologiche, gli aspetti psicopatologici ed eventuali condotte di abuso richiedono attenzione, ascolto e cautela. E' chiaro che l'incontro con l'adolescente deve essere facilitato, avvenire in contesti non connotati al fine di cercare di intercettare precocemente il disagio prima che si sia strutturato in una chiara sintomatologia. La questione delle diagnosi precoci interessa sempre di più tutte le nostre discipline.

Nell'adulto appare evidente una differenza di approccio fra psichiatri e psicologi. Nei Centri di salute mentale l'accesso avviene di norma su richiesta del medico di medicina generale e lo psichiatra che visita la persona è interessato a comprendere se c'è o meno patologia (non necessariamente per contenerla o silenziarla con i farmaci; non sono pochi i pregiudizi anche nelle nostre professioni, e uno di questi riguarda l'attività degli psichiatri), mentre nei servizi ad accesso libero, lo psicologo è portato ad accogliere "comunque" la domanda portata dal paziente. Quindi mentre lo psichiatra enfatizza il processo diagnostico e iscrive, se presente, la sintomatologia entro categorie (diagnosi psichiatrica secondo ICD 10 o DSM IV) ormai troppo ampie (e da qui il problema dell'espansione diagnostica), lo psicologo tende a comprendere quanto portato (non necessariamente un sintomo, un disturbo, ma anche un disagio, un problema esistenziale) dal soggetto collocandolo nell'ambito della storia evolutiva, delle relazioni attuali o passate, dei modelli cognitivi o delle dinamiche della famiglia (diagnosi psicologica). E' ovvio che possono essere poste entrambe (diagnosi psichiatrica e psicologica) ma ho volutamente semplificato per rendere comprensibili le possibili diversità. Si tratta di approcci diversi di cui bisogna essere consapevoli e che possono avere impatti specifici a seconda che il professionista operi nel pubblico (che ha un preciso ordine di priorità nell'erogazione delle prestazioni) o nel privato (che ha altri



parametri per accogliere la domanda), differenza questa che sembra essere un po' sfuggita nella discussione delle vignette cliniche. Certamente poi, in ogni caso, occorre definire se c'è la presa in cura, strutturare un contratto, definire il setting, ecc.

I casi propongono diverse riflessioni di tipo teorico tanti stimoli (multiculturalità, tipologie di famiglie, ecc.) che il lettore scoprirà nel testo.

Un vivo ringraziamento al Dr. Fabio Vanni che ha organizzato gli incontri, raccolto il materiale e a tutti i colleghi che vi hanno partecipato.

## Introduzione

F. Vanni

Scegliere di formarsi per esercitare la professione di psicoterapeuta è un'operazione complessa.

Le motivazioni profonde che la orientano nascono spesso da lontano ma non dobbiamo credere che essa sia del tutto refrattaria all'esperienza ed alle conoscenze incontrate più di recente. Il percorso universitario di laurea in psicologia<sup>1</sup> è spesso vissuto alla ricerca di chiavi di lettura della mente che vengono in qualche modo sperimentate su di sè e poi anche sulle persone e le relazioni più vicine.

Spesso si esce dall'università, per la mia esperienza, con qualche macro-orientamento già formato: 'Voglio fare una scuola psicodinamica' oppure 'Il comportamentismo è più scientifico', etc, qualche affetto orientativo, ma quasi mai con una scelta già compiuta.

La formazione alla psicoterapia rimane d'altronde l'obiettivo della maggior parte degli psicologi e dunque si tratta 'solo' di decidere in quale senso indirizzarsi fra le oltre 300 agenzie formative accreditate dal MIUR.

Le informazioni sulle scuole di psicoterapia apparentemente non mancano; basta navigare su internet e si reperiscono notizie abbastanza dettagliate su costi, orari, docenti, etc

Tuttavia se si va ad indagare fra i giovani neolaureati questa scelta appare tutt'altro che agevole.

Se appena si approfondiscono le motivazioni di un orientamento in una direzione piuttosto che in un'altra, anche in

---

<sup>1</sup> La formazione in psicoterapia è consentita anche ai medici e sono numerosi gli specialisti in neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza ed in psichiatria che la perseguono anche dopo la specializzazione universitaria che è già abilitante, tuttavia la stragrande maggioranza degli specializzandi che effettuano una formazione specifica in psicoterapia sono psicologi.

chi ha le idee più chiare, si scopre che esse sono piuttosto spesso fondate su forti basi soggettive.

L'incontro con un prof dell'università, che magari ci ha particolarmente affascinato, con un tutor di tirocinio che abbiamo visto all'opera, un'esperienza personale in un momento difficile.

Tutti incontri importanti ma che forse non dovrebbero costituire l'unico, e forse nemmeno il principale, determinante della scelta.

Difficilmente il giovane collega incontrerà occasioni per scegliere la scuola di formazione sulla base di riflessioni non di parte, che analizzino e confrontino con chiarezza i presupposti epistemici, la fondatezza e la logica interna dei modelli teorici, le ragioni delle scelte di metodo e la loro efficacia.

Da parte di chi effettua la professione di psicoterapeuta da parecchi anni, ed ha modo di veder sbocciare l'interesse per la clinica nei tirocinanti ai quali fa da tutor, sembra di cogliere un bisogno di avere strumenti per confrontare, per valutare ed infine per scegliere.

In quanto referente dei tirocini dell'Azienda Usl di Parma, funzione che svolgo oramai da dodici anni, mi è capitato assai spesso di sentire richieste esplicite di aiuto in questa direzione.

Da sempre organizziamo momenti formativi per i tirocinanti post lauream che ospitiamo (diverse decine ogni anno, si veda il capitolo di Veronica Pasetti nel presente volume) nei diversi servizi aziendali, momenti integrativi del tirocinio vero e proprio, e nelle occasioni nelle quali chiediamo loro quali sono i bisogni che sentono come emergenti, l'orientamento nella scelta alla formazione clinica occupa da anni il primo posto.

E' quindi in risposta a questa esigenza che abbiamo costruito alcune iniziative.

La prima di esse fu un incontro coordinato da Sergio Manghi e si svolse con la partecipazione di diversi colleghi (Sara Fallini, Andrea Landini, Enrica Pedrelli ed Antonio Restori) ad una tavola rotonda che discusse una mattina intera a partire da alcuni stimoli tratti da film. Proiettammo una miscellanea di spezzoni di pellicole (da 'La

stanza del figlio' a 'In treatment', da 'Will Hunting, genio ribelle' a 'I Simpson' a 'Qualcuno volò sul nido del cuculo') e poi discutemmo, esperti psicoterapeuti e giovani tirocinanti post lauream. Fu una buona partenza ma c'era bisogno di fare di più e di rendere la cosa meno puntiforme, più approfondita e concreta. Il suggerimento giusto mi giunse proprio da un giovane tirocinante che mi disse: 'Ma perchè non provare a mettere a confronto terapeuti diversi con lo stesso caso cinico?'

Era davvero una buona idea.

Pensai di articolarla in tre incontri, uno che riguardava la clinica dell'infanzia, uno l'adolescenza ed uno l'età adulta. Cercai tre terapeuti esperti per ogni incontro e curai che fossero buoni rappresentanti degli orientamenti più significativi oggi presenti sulla scena, e dunque sul mercato formativo, psicoterapeutico: l'orientamento sistemico, l'orientamento psicodinamico e l'orientamento cognitivo-comportamentale. Ad ognuno di essi pensai di sottoporre due brevi tracce di casi per come è possibile ricavarne dalle prime battute di un colloquio, tracce volutamente stringate, e chiesi loro di pronunciarsi su come si sarebbero mossi in rapporto a quelle situazioni e come si sentivano rispetto ad esse. Un mandato sempre uguale per tutti i sei casi. Naturalmente i tirocinanti furono invitati a porre domande integrative e a fare commenti che aiutassero a chiarirsi le idee.

Ogni incontro, di tre ore, è stato registrato e trascritto, ed ogni trascrizione è stata validata dai colleghi presenti. La mia funzione è stata quella di moderatore-provocatore.

Il risultato è quello che leggerete nelle pagine che seguono.

I tirocinanti presenti al primo incontro erano una ventina, al secondo forse trenta ed al terzo almeno quaranta. Si era sparsa la voce ed anche qualche specializzando in psichiatria o qualcuno che già frequentava una scuola di psicoterapia aveva fatto capolino al secondo ed al terzo incontro.

I colleghi partecipanti hanno prestato il loro tempo a titolo completamente gratuito e ci hanno riferito che anche per loro l'esperienza è stata stimolante e ricca.

I tirocinanti o i giovani colleghi che non hanno partecipato agli incontri ci hanno chiesto di rifarli e di avere il materiale.

Abbiamo pensato quindi che la cosa migliore sarebbe stata mettere a disposizione a titolo gratuito via internet il materiale raccolto, integrato da una presentazione di Pietro Pellegrini, psichiatra e psicoterapeuta dell'Azienda, che in qualche modo lo introducano e da due capitoli in chiusura che dessero un quadro più preciso dell'offerta di tirocinio in psicologia e psicoterapia nella nostra Azienda, in modo che si conosca anche meglio il contesto nel quale è nata e cresciuta una cultura e delle prassi che riteniamo degne di essere conosciute.

Buona lettura.

## La clinica psicoterapeutica con i bambini

C. Zilioli, E. Crivelli e G. Moi

### *Vanni*

L'incontro di stamani, aperto ai tirocinanti post-lauream ma anche a laureandi o a colleghi interessati, vede la partecipazione di Claudia Zilioli, psicologa e psicoterapeuta, che dirige la Struttura Semplice di Psicologia Clinica dell'Infanzia e dell'Adolescenza dell'Azienda Usl di Parma, con orientamento psicodinamico, Enza Crivelli, responsabile del Polo di Neuropsichiatria Infantile presso ANFFAS a Crema, con orientamento cognitivo-comportamentale e Gabriele Moi, psicologo e psicoterapeuta di formazione sistemica, che lavora nel servizio di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza dell'Ausl di Parma, ma a Langhirano.

Stamattina ho preparato due casi che leggerò ai colleghi per sentire come loro si muoverebbero rispetto a questo materiale clinico. Cercheremo di sviluppare un dibattito su questo per mettere in luce le problematiche che si incontrano e come vengono affrontate. E' chiaro che sarà interessante vedere quanto questo metterà in evidenza differenze tra approcci diversi e tra persone che a loro modo interpretano gli approcci, ma sarà anche interessante vedere se e come ci saranno aree di sovrapposizione.

Io farò non tanto il moderatore quanto il provocatore del dibattito. Ci sarà naturalmente spazio per domande e commenti.

### *1° CASO – Tommaso*

*Tommaso è un bambino di 4 anni che frequenta il secondo anno di scuola materna. E' figlio unico. I genitori, una coppia molto giovane, giungono in un centro privato perché invitati più volte a farlo dalle insegnanti della scuola materna.*

*Queste ultime, già durante il primo anno di scuola, avevano riscontrato in Tommaso importanti difficoltà nel linguaggio e nella relazione con i pari e avevano suggerito ai genitori di*

*consultare un neuropsichiatra. I genitori però non avevano accolto l'invito, in quanto a loro modo di vedere il figlio era solo un po' timido e siccome il padre di Tommaso aveva iniziato a parlare più tardi degli altri bambini i signori pensavano che il figlio assomigliasse al padre. Tommaso non formula ancora frasi compiute, comprende tutto quello che gli viene detto e comunica per mezzo di parole semplici e di gesti. Tommaso è stato accudito dalla nonna materna dal sesto mese di vita, tempo in cui la madre è tornata a lavorare, fino all'ingresso alla scuola materna avvenuto quando Tommaso aveva 3 anni e mezzo. La nonna nello stesso tempo badava anche al cugino di Tommaso, suo coetaneo e unico bambino a cui Tommaso sembra essere affezionato.*

**Vanni:** chiederei a Gabriele Moi come ti muoveresti rispetto a questo tipo di situazione che si presenta, immaginiamo in questo caso, in un centro privato.

**Moi:** Sono situazioni che si presentano con una certa frequenza anche in un servizio pubblico. A me colpiscono alcune cose per come è stata esposta questa situazione. Mi sono appuntato alcune caratteristiche che potevano essere significative. Io sono stato abituato un pò per la mia formazione, sistemica, a formulare il ragionamento clinico in termini di sistemi. Mi colpisce in questa situazione il numero di sistemi che ruotano, con le loro premesse, con le loro idee forti. Mi colpisce il fatto che Tommaso non sia tanto il figlio della coppia genitoriale, ma che sia più il figlio della nonna. Questa nonna che, quasi come grande madre, si occupa dell'allevamento di Tommaso e del cuginetto, con il quale apprendiamo che Tommaso ha una buona relazione, se non altro affettiva. Mentre dall'altro lato le insegnanti dicono che Tommaso ha difficoltà di interazione alla scuola materna e parla poco, o comunque comunica solo per mezzo di gesti o di poche parole, comunque non formula frasi compiute.

Come mi muoverei: rispetto al problema di chi interpellare cercherei di approfondire un po' la storia di questa coppia. Mi è nata una fantasia: coppia giovane, genitori giovani, tutti un po'

l'associamo all'idea di genitori inesperti. Ma magari è solo una mia premessa. Bisogna in realtà capire se questi genitori, questa madre che sembra avere anche diverse difficoltà, sembra essere un po' concitata, deve andare a lavorare, al sesto mese ha lasciato Tommaso alla nonna, poi a tre anni e mezzo inizia la scuola materna... Mi sembra che ci siano stati, in questi pochi primi anni di vita, anche pochi spazi di condivisione tra questo bambino e questa madre. Non sappiamo praticamente nulla anche della storia della figura del papà. Utilizzerei uno strumento che non appartiene più solo alle premesse e all'impostazione sistemica, ma penso sia uno di quegli strumenti che sono condivisi: il genogramma familiare. Il genogramma ci aiuta a capire quali sono le relazioni significative e quali sono le persone che si muovono sia all'interno della famiglia di origine che di quella nucleare, quindi quali sono i nessi tra famiglia del papà e della mamma. Anche perché in questo caso c'è già un pezzo della famiglia di origine che viene fuori ed è importante: la nonna. Quindi io mi immaginerei addirittura che all'interno di una prima consulenza, anche azzardando un po', mi piacerebbe sentire cosa ha da dire questa nonna, come vede anche questo nipote e se alcune visioni della nonna coincidono o sono differenti da quelle del papà e della mamma, che abbiamo capito sono stati un po' trattenuti, sembrano quasi un po' restii ad arrivare in consulenza. Ci arrivano su pressioni, più e più volte sollecitati da queste insegnanti.

*Vanni:* Ti fermo un secondo. Mettiamo che arrivi una telefonata, qui non è specificato ma immaginiamo che avvenga così, come ti muoveresti rispetto a chi far venire? Chiederesti tu, lasceresti scegliere a loro.....

*Moi:* Io inizialmente farei venire la coppia genitoriale, i genitori. Anche perché, tra le tante domande, vorrei capire cosa hanno da chiedere e cosa hanno da portare questi genitori, perché mi sembra sia stata una domanda che è stata fortemente indotta. E' vero che ci viene detto che soprattutto il papà, ma anche la mamma credo, hanno minimizzato, non hanno voluto vedere delle difficoltà, anche perché questo bambino sembra assomigliare molto a questo papà: quando era piccolo anche il papà ha avuto



delle difficoltà che, tra virgolette forse, si sono risolte, forse non si sono risolte, forse ci sono stati degli altri interventi che hanno portato a normalizzare nel papà delle difficoltà di linguaggio. Però essenzialmente vorrei capire da loro come genitori, cosa vedono, come sentono, qual è lo spazio emotivo che c'è con questo figlio.

Però ripeto, è una prima convocazione, poi sappiamo che è giusto anche vedere che cosa fa, come sta, chi è questo bambino, e inoltre non escluderei delle convocazioni allargate, coinvolgendo anche la nonna materna. Rispetto alle domande, perché le poche informazioni che abbiamo le sollecitano, a me ne sta sorgendo una: quanto in realtà questo bambino ha la necessità in questo tipo di contesto familiare, di parlare e comunicare in maniera diversa. E qui è importante capire anche che tipo di relazione o di attaccamento si è instaurato tra questo bambino e ciascuno dei due genitori, perché sempre sull'onda di ipotesi più o meno sistemiche, a volte noi vediamo dei bambini che vengono anticipati nelle richieste da genitori che non stimolano una formulazione di frasi più completa, richieste un po' più organizzate, oppure più semplicemente è uno stile comunicativo familiare. Nel senso che si comunica con poche parole e con i gesti, forse non lo fa solo il bambino, forse anche i genitori comunicano poco o danno 'comunicazioni di servizio'. Io proietto questo caso nella realtà che conosco, anche se è un contesto privato. Con queste informazioni e queste premesse la curiosità di vedere come interagiscono questi genitori con il bambino io cercherei di soddisfarla. Il fatto di potersi avvalere di video riprese, come noi facciamo, in certi contesti è abbastanza importante.

Ragionerei sul capire che tipo di comunicazione e di linguaggio si è costruito anche a livello familiare.

Rispetto al tipo d'intervento: si pensa alla difficoltà di linguaggio, però si pensa anche che non è forse solo il linguaggio a non essere correttamente sviluppato, forse è una questione più ad ampio raggio, che riguarda uno sviluppo che non si è realizzato anche in altri ambiti. In questo caso ci viene anche detto che anche nell'ambito della relazione il bambino fa un po' fatica. Mi verrebbe da pensare a qualcosa di abbastanza pervasivo a livello di sviluppo che coinvolge

questo bambino. Però è essenziale non dimenticarsi che tanto di quello che il bambino fa o non fa passa attraverso cosa fanno o non fanno questi genitori, a come si pongono. Io proporrei anche in questa situazione degli spazi per questa coppia che mi sembra faccia fatica nella quotidianità a ritrovarsi come coppia, o come famiglia, nel rapporto con questo bambino. E quindi cercherei di capire anche che tipo di bambino hanno in testa loro, di capire se e come vedono una difficoltà o un problema. Il fatto che venga percepito dalla scuola e loro arrivino ad un centro di consulenza privato, e secondo me questo è significativo; perché privato? Forse perché è visto come luogo che può dare risposte migliori in tempi più brevi? Non devo aspettare molto per avere una risposta che sarà che non c'è niente di negativo o niente di problematico e quindi io genitore metto un po' a tacere le insegnanti che si devono tranquillizzare e fare il loro lavoro. Questo lo aggiungo io, ma perché sono discorsi che sentiamo fare abbastanza nei servizi. Non so se si trasformerà in un lavoro di parent training o psicoeducativo con questi genitori, ma penso sia fondamentale creare un lavoro parallelo con questo bambino, magari in un ambito educativo-relazionale o di psicomotricità si riesce anche a capire come si pone e si muove, però è altrettanto vero che questo lavoro lo concepirei come un po' sterile se venisse fatto solo sul bambino e non coinvolgesse anche i genitori, cercando di problematizzare il discorso di questo linguaggio che non arriva, non si struttura, e di queste relazioni che nell'ambito della scuola materna fanno fatica a nascere, mentre con il cuginetto ha instaurato un legame affettivo.

Queste sono a grandi linee le indicazioni che mi suggerisce il caso. Sono suggestioni che vengono date, volutamente con queste informazioni non mi esprimerei nei termini di una diagnosi perché sono molto poche le informazioni. In una situazione così è importante porsi delle buone domande. In una situazione come questa, la sistemica dei primi tempi ci diceva che la diagnosi era un'etichetta relativa che serviva più all'operatore che alla famiglia o all'utente; invece l'attuale sistemica ha rivalutato la diagnosi perché ci aiuta a creare delle ipotesi migliori, più efficaci, e ci aiuta a orientare l'intervento. Con queste informazioni sarei però cauto a parlare di problema di

sviluppo piuttosto che di problema di linguaggio. Vorrei lavorare molto con questi genitori, con questa famiglia.

*Crivelli:* Vi racconto un po' quello che mi ha fatto venire in mente il caso di Tommaso, che evidentemente è proprio un abbozzo. Sono molto d'accordo con il collega che non è possibile parlare di etichette diagnostiche con così poche informazioni, ma credo che sia importante arrivare ad una diagnosi, che invece nel mio orientamento, che è quello cognitivo-comportamentista, è molto importante, è molto importante anche pervenire ad una diagnosi precoce, soprattutto quando ci troviamo di fronte a bambini molto piccoli. Questo può orientare molto bene l'intervento sia sul bambino che sulla famiglia. Però per arrivare a una buona diagnosi è importante porsi buone domande, quindi è da qui che dobbiamo partire. Io lavoro in un servizio che è diventato pubblico, nel senso che è nato all'interno di un'ANFFAS come polo privato e poi è stato accreditato. Abbiamo quindi vissuto questa doppia identità, con grandi cambiamenti rispetto ai numeri. Anche il fatto che diceva il collega, il fatto di rivolgersi al servizio pubblico piuttosto che privato, già orienta e fa venire in mente delle cose. Quello che mi ha colpito di queste suggestioni è il tentativo da parte dei genitori di normalizzare, di giustificare una segnalazione arrivata dalla scuola con un "Ma ero un po' così anch'io quando ero piccolo, anche io non ho parlato subito". Questa è una strada che in un primo colloquio indagherai, cercherai di capire bene con la famiglia. Poi ci sono altri due elementi che giocano un ruolo importante: questa nonna, che ha un ruolo di maternage significativo, e quindi va coinvolta in un lavoro di indagine, di costruzione di una iniziale ipotesi diagnostica, e la scuola; perché... che cosa succede a scuola? perché la segnalazione arriva dalla scuola, non sembra essere il frutto di una preoccupazione, di una riflessione dei genitori, neanche di questa nonna, che pure ci sta insieme tanto e fa un po' le veci della madre. Per cui, perché la scuola se ne preoccupa ed i genitori no? Questa è un'altra di quelle domande significative su cui varrebbe la pena lavorare, in prima battuta con i genitori, e poi, perché no, coinvolgendo anche le insegnanti. Spesso nell'impronta che è stata data al

nostro servizio, c'è questo coinvolgimento della scuola, trattandosi di bambini, perché i bambini restano a scuola nella nostra cultura molto tempo, vivono situazioni e relazioni che diventano molto significative e meritano di essere indagate, di essere capite. Cercherei quindi di ricomporre un po' tutto questo puzzle, attraverso una serie di colloqui.

L'altro aspetto importante da indagare è quello del modo con cui questi genitori si relazionano, comunicano, parlano con questo bambino. Quindi il passaggio successivo è la costruzione di un setting di osservazione: come stanno questi genitori con questo bambino. Sarebbe molto bello vedere anche come sta la nonna con il bambino. Penso sia importante il lavoro di équipe: penso sarebbe utile coinvolgere nell'osservazione una pedagoga, una psicomotricista, quindi tentare di ricostruire per bene quella che è tutta la modalità relazionale. Perché tutti sappiamo che il linguaggio, l'aspetto comunicativo, potrebbe essere in questo caso, qualcosa che rimanda ad altro. Le insegnanti qui tra le righe lo dicono, perché dicono "Sì, ha problemi di linguaggio, però comunica con i gesti, quindi il problema è linguistico, non tanto comunicativo, poi però, dicono, ha qualche difficoltà di relazione". Quindi, come leggere bene tutti questi elementi, come dare ad ognuno un giusto peso e una giusta collocazione. E' a partire dalle risposte a tutti questi quesiti che noi possiamo fare delle ipotesi diagnostiche, attraverso anche delle indagini più strutturali. Un ritardo nel linguaggio può essere causato veramente da molti fattori e da molti elementi, quindi perché non fare delle valutazioni più propriamente cognitive?, quindi una Griffiths che ci dice com'è, come si muove questo bambino, a che livello di sviluppo è. Penso anche che sia molto importante il lavoro con questi genitori, indipendentemente dal risultato diagnostico, perché è comunque evidente, e in questo caso penso ci siano delle sovrapposizioni con le idee espresse dal collega, la difficoltà a riconoscere un problema; chissà perché, poco tempo, poca attenzione, paura... non lo sappiamo. E quindi è molto importante il lavoro con questa mamma e questo papà che forse si sentono un po' poco mamma e papà: a sei mesi lo hanno dato in gestione ad un'altra donna. Forse fanno fatica anche a capire quali sono le tappe

evolutive importanti da guardare in un bambino. Quindi perché non pensare a un lavoro con loro che potrebbe essere un lavoro di parent training piuttosto che un lavoro più di accompagnamento educativo. Questo è possibile capirlo attraverso i colloqui, capire quali sono i bisogni espressi, quali le fragilità, in funzione anche del rapporto con questo bambino.

L'altro momento delicato è la consegna della diagnosi; io mi occupo prevalentemente di autismo, per cui è molto specifico; chiaramente porre questo tipo di diagnosi e darle è estremamente delicato. E' un momento importante. Quindi comunque sia dare una diagnosi ad una famiglia prevede un iter, un accompagnamento, capire quale può essere il momento giusto, perché c'è un momento che è un po' migliore degli altri, nel dare un'informazione di questo tipo. Un'informazione che deve avere come obiettivo quello di non togliere la speranza di un cammino, di una crescita, di una evoluzione, e quindi non deve tagliare le gambe. In questo senso diventa importantissimo, una volta consegnata la diagnosi, il lavoro con i genitori, per far loro capire come si muove il percorso riabilitativo, quali sono le intenzioni, dove stiamo andando, e anche il lavoro con la scuola. Perché nel momento in cui viene posta una diagnosi è importantissima la ricaduta che ha su tutti gli ambienti che il bambino frequenta, soprattutto trattandosi qui di un probabile disturbo di linguaggio con qualche implicazione a livello relazionale. La relazione viene spesa in tantissimi luoghi, quindi è bene che tutti gli attori di questo sistema relazionale siano coinvolti nel percorso riabilitativo, nel percorso educativo che viene proposto a questo bambino e a questa famiglia.

Queste sono le cose che mi vengono in mente in prima battuta.

*Vanni:* Mi sembra molto interessante. Vedete già come ci sono degli aspetti in comune e delle aree di accentuazione di alcuni aspetti. A me colpiva l'allargamento dei sistemi coinvolti nella consultazione e nella cura all'ambito scolastico, cosa che mi sembra molto interessante e abbastanza caratteristica di un approccio di questo tipo, e poi la sottolineatura da parte di entrambi delle figure vicine alla famiglia nucleare: la nonna. Riservo a Claudia Zilioli il

difficile compito di aggiungere qualcosa e dire come si muoverebbe lei.

*Zilioli:* E' difficile perché questo caso, presentato con poche note, credo confermi più convergenze che divergenze di approccio. E' un caso che consente di parlare maggiormente dell'aspetto clinico che non dell'aspetto terapeutico e quindi, in questo senso, credo che chi si occupa di età evolutiva trovi molti punti di convergenza. Io condivido molti elementi delle esposizioni dei colleghi.

Vi dico cosa mi è venuto in mente quando ho letto il caso. Mi si sono aperti due sentieri, da un certo punto di vista, che hanno poco a che fare con lo psicodinamico: uno che riguarda il quesito diagnostico e l'altro che riguarda qualche approfondimento con i genitori. Concordo soprattutto con quello che diceva la collega precedentemente a me: non dovete avere paura di fare un po' gli Sherlock Holmes della situazione, cioè non dovete avere paura di chiedere, di fare tante domande, di non dare per scontato il significato delle parole. Allora, cosa vuol dire che questo bambino dice poche parole, che questo bambino è timido, cosa vuol dire che è affezionato solo al cuginetto e con gli altri bambini ha un po' di difficoltà di relazione, perché è possibile, lo si riscontra frequentemente nella pratica clinica, che noi attribuiamo dei nostri significati a una terminologia che a volte gli utenti utilizzano in altra accezione. Sicuramente l'esposizione di questo caso sollecita tante domande più che tante risposte. Quindi, partendo dal dato di fatto che manca moltissimo dell'anamnesi del bambino, della descrizione dei contesti di vita, della descrizione un pochino più puntuale di quello che vedono o non vedono i genitori, cioè di quello su cui sono d'accordo con gli insegnanti, di quello che non condividono, viene da pensare che questa parte sia tutta da indagare. Certamente però alcuni riferiti suscitano un allarme diagnostico rispetto al bambino. Sono d'accordo con la dott.ssa Crivelli: 4 anni, c'è qualcosa che non è andato secondo le aspettative, secondo quello che viene considerato il range di normalità. Dal mio punto di vista allora approfondimenti sono da fare in

questa direzione. Possiamo fare alcune ipotesi: possiamo pensare all'area dei disturbi multisistemici di sviluppo, possiamo pensare all'area del ritardo mentale, possiamo pensare a un disturbo del linguaggio, sicuramente ad un disturbo della comunicazione, ma di quale genere? Quindi penso che sia opportuno, proprio perché la diagnosi precoce, soprattutto in disturbi molto severi, è assolutamente indispensabile, che sia opportuno attivare un percorso diagnostico anche con l'utilizzo di strumenti testistici e di approfondimento sul bambino. Anche perché credo che ci orienteremo in modo diverso e metteremo in campo altre azioni dal punto di vista terapeutico, se avessimo delle conferme sul disturbo multisistemico piuttosto che su un altro tipo di disturbo.

Rispetto alla questione dei genitori credo che anche questo ambito sia da indagare ulteriormente, nel senso che un atteggiamento del genere, di genitori che rallentano la possibilità di esaminare il problema o di prenderne atto, che cosa significa? Significa che c'è una adeguata protettività e fiducia nei confronti di un figlio che si immagina simile a sé, con cui ci si identifica, oppure questo atteggiamento genitoriale, soprattutto paterno, significa che c'è un'area di dolore che in qualche misura i genitori non riescono ad approcciare? Possiamo forse pensare che si attivi quello che noi, in termini psicodinamici, chiamiamo una negazione, un meccanismo difensivo per cui, se un contenuto esperienziale supera le possibilità di tolleranza interna, viene cancellato, ovviamente non volontariamente, non coscientemente; è come se il problema venisse spostato in uno "scompartimento" non accessibile alla coscienza. Accanto a queste negazioni possono attivarsi altri meccanismi difensivi, che portano il soggetto a cercare argomenti razionalmente condivisibili per confermare, dare un senso alla negazione stessa ("anche io ho parlato tardi quando ero bambino, non sta succedendo niente, non succede nulla"). Procedo con le ipotesi: è possibile che questi genitori siano stati in realtà fortemente preoccupati o anche spaventati di questo proprio "prodotto- bambino" che non stava dando frutti brillanti, ed è possibile che rispetto a questo non siano riusciti a trovare in sé risorse adeguate, coraggio adeguato, per affrontare subito il problema.

I colleghi hanno sottolineato che bisognerebbe sapere di più di questi genitori, la loro storia, il loro stile di vita, il significato che ha avuto nell'economia familiare e di coppia lasciare il bambino alla nonna; occorrerebbe capire quanto è loro costato, se questo bambino era atteso o meno; necessiterebbero maggiori informazioni relativamente alla nascita.

Mi trovo d'accordo con i colleghi relativamente alla possibilità di lavoro su due fronti: da una parte sul bambino per capire un po' di più com'è e come funziona, dall'altra parte sui genitori per capire un po' di più non solo che tipo di percezione hanno del problema del figlio, ma anche che tipo di impatto emotivo ha su di loro questo "cedere la armi" rispetto al "vediamo cosa ha questo bambino". Ovviamente gli interventi terapeutici dipendono dalle conclusioni diagnostiche.

Inoltre condivido il fatto che ci debba essere un momento di restituzione ai genitori delle osservazioni relative al bambino, della diagnosi, che sarà un momento fondamentale. Lavorando con soggetti in età evolutiva conosciamo l'importanza che l'atteggiamento di compliance o meno dei genitori assume ai fini della possibilità di aiutare un bambino nel suo percorso.

*Vanni:* Bene, è chiaro che la scelta di dare poche informazioni è coerente con la domanda "come vi muovereste?" Nel senso che si chiede proprio di esplicitare la direzione che verrebbe presa nella consultazione e le ipotesi che vi guidano. Mi sembra molto ricco quindi quanto emerso finora. Vi chiedo, adesso che avete sentito gli altri vostri due colleghi, se volete aggiungere qualcosa e poi chiedo ai giovani colleghi del pubblico di pensare a qualche quesito, a qualche riflessione da fare.

*Moi:* Una cosa sull'ultimo riferimento fatto da Claudia sulla diagnosi. Perché in effetti ci confrontiamo con realtà familiari in cui l'essere incollati a questa diagnosi più o meno pesante, più o meno infausta, diventa quasi l'unico motivo o il motivo ricorrente anche di tutto il lavoro, apre ma anche preclude tutto il lavoro terapeutico. A me viene in mente una famiglia con la quale stiamo cercando di lavorare da tre anni, in cui questi



genitori non hanno ancora elaborato, o non sono stati sufficientemente aiutati a farlo, una diagnosi nemmeno particolarmente pesante, perché si tratta di un lieve ritardo mentale associato a delle difficoltà comportamentali di questo bambino. Però, come un disco rotto, ci troviamo tutte le volte a ripartire da lì. Prima non la mettevo nella giusta luce, ma mi sembra un'omissione colpevole la mia, il discorso della diagnosi, sulla quale poi in effetti si decide un po' un intervento che dura mesi. Mi sembrava molto importante questo aspetto.

*Domanda 1:* La cosa che mi è venuta in mente come confronto tra le tre possibilità è che mentre il sistemico ha citato tre punti di intervento, famiglia, bambino, scuola; il cognitivo idem, lo psicodinamico solo due, famiglia e bambino, la scuola non l'ho sentita.

*Zilioli:* Non ho nominato la scuola, ritenendo implicito che sia in una prima fase una fonte di informazioni. Reputo l'utilizzo di queste informazioni strettamente connesso a quella che sarà la diagnosi del bambino. Un ulteriore implicito è relativo alla necessità, trattando soggetti in età evolutiva, di tenere presente i contesti di vita in cui il bambino vive. La psicoanalisi infantile non è "il bambino sul lettino", è l'utilizzo di una concettualità differente per spiegare alcuni fenomeni legati allo sviluppo. Certo, la scuola è estremamente importante, anche perché qualora, nella peggiore delle ipotesi, la diagnosi conclusiva fosse severa (ritardo mentale, disturbo multisistemico di sviluppo, grave disturbo del linguaggio) uno psicologo con strumenti psicodinamici poco avrebbe da proporre di diverso rispetto a colleghi di orientamento differente. La proposta sarebbe di tipo riabilitativo, e, nel caso di disturbi multisistemici, l'approccio ritenuto attualmente più efficace, sarebbe di tipo cognitivo comportamentale. Ritengo corretto pensare che, a seconda del quadro diagnostico, occorra saper proporre le strategie e le risposte più efficaci per un paziente

*Domanda 2:* Era questo che volevo sentire, la collaborazione, perché si sa che questo approccio arriva fin lì, ma

nella parte educativa intervenire con un collega che abbia un'altra prospettiva....

*Zilioli:* Questo è nella pratica quotidiana. Lavorando in un Servizio di Neuropsichiatria infantile, posso fornirle un dato esemplificativo: ci sono attualmente a Parma 380 bambini segnalati secondo la legge 104, cioè 380 bambini riconosciuti come portatori di handicap di varia natura. Sicuramente non sono 380 bambini in psicoterapia, tantomeno in psicoterapia psicodinamica; per ciascuno di loro si attuano gli interventi che si ritengono maggiormente adeguati a seconda del quadro di riferimento.

*Domanda 3:* Mi chiedevo come mai sostanzialmente nel percorso diagnostico con un bambino i tre approcci convergono e divergono nel momento della terapia. Una volta elaborato il quadro diagnostico perchè i tre orientamenti divergono nel modo di procedere?

*Zilioli:* Rischia di essere un po' semplicistico rispondere. Ripeto che nel caso in oggetto è rilevante il quesito diagnostico. Qualora la diagnosi si collocasse negli ambiti ipotizzati prima, non sono gli strumenti psicoanalitici i più efficaci e si lascia il campo a colleghi che hanno strumenti di maggior efficacia.

*Domanda 4:* Questo in Azienda Usl; nel caso di un privato ci dovrebbe essere un invio. Dovrebbe essere così in teoria.

*Zilioli:* Potrebbe essere così.

*Vanni:* Potrebbe essere interessante indicare per le due o tre strade che hai indicato, ritardo, disturbo multisistemico e disturbo del linguaggio le opzioni terapeutiche.

*Zilioli:* Si potrebbe trattare anche di un disturbo della comunicazione dovuto ad una particolare modalità di crescita.

Nel caso di un ritardo mentale, o di un disturbo del

linguaggio oppure anche di un disturbo multisistemico, in quest'ultimo caso però si entrerebbe nell'ambito degli strumenti neuropsichiatrici, un bambino potrebbe giovare di una terapia logopedica, di una tecnica psicomotoria o di un approccio psicoeducazionale. Se pensiamo ad un disturbo della comunicazione più legato ad un problema di relazione intrafamiliare, si può pensare anche ad un intervento familiare. Esiste una terapia della famiglia di approccio psicodinamico, che ha molti punti di tangenza con il modello sistemico e che potrebbe essere utilizzata.

*Vanni:* Vedete strade distinte tra queste ipotesi oppure potrebbero esserci comorbilità?

*Zilioli:* Sulla base delle informazioni acquisite anche durante l'intervento della collega, ritengo più opportuno parlare non tanto di comorbilità, quanto piuttosto di un correlato familiare che si muove attorno alla difficoltà di un membro della famiglia, in questo caso del bambino. Potrebbero esserci delle modalità disfunzionali o non ottimali di gestione della relazione con il bambino. Questo perché spesso accade che il mal funzionamento di un bambino generi nel genitore una sequenza di fantasie, proiezioni, disagi, emozioni, legati sia alla storia personale del genitore stesso, sia alla storia familiare del genitore all'interno della propria famiglia di origine; queste fantasie, proiezioni, disagi ed emozioni rimandano a questioni, aspettative, attese costruite da parte del genitore sul proprio figlio, che possono, in presenza di un figlio "mal funzionante", dare origine a sentimenti di delusione o dolore nel genitore. Ovviamente al dolore si risponde con modalità difensive dal dolore stesso che possono contribuire alla costruzione di dinamiche disfunzionali all'interno della relazione. Di solito c'è una corrispondenza tra le modalità comunicative del bambino e quelle dei genitori, che rafforza determinate relazioni di ruolo all'interno della famiglia, e che può provocare peggioramenti rispetto alle possibilità di gestione del problema. Questo tuttavia è un ambito nel quale ritengo che il Dott. Moi sia più competente.

*Moi:* Sono assolutamente d'accordo su questo. Per chi lavora in servizi pubblici penso che la normalità sia avere a che fare con modalità, tra virgolette, sporche. Non c'è mai la cosa pura, che non sarebbe nemmeno utile. Per riprendere la domanda precedente ti dico che interventi che possono essere declinati in termini cognitivo comportamentali, psicodinamico o sistemici, alla fine si ricordano perché magari tutta l'équipe va in supervisione da un formatore ad indirizzo dinamico piuttosto che sistemico. Guai a non essere contaminati, non si farebbe il bene di nessuno, tanto meno dell'utenza.

Poi mi veniva in mente che si stanno sviluppando delle nuove procedure che muovono proprio da questo presupposto, che non ci può essere un intervento purista di scuola. Mi viene in mente un intervento che sta prendendo piede come l'LTP (Lousanne Trilogue Play), lì c'è una base di teoria dinamica che si innesta su una procedura sistemica ma che utilizza anche strumenti cognitivi, perché le osservazioni con griglie e le restituzioni, sono strumenti complessi da utilizzare ma molto utili. Direi che è il bello del nostro lavoro.

*Crivelli:* Quello che mi veniva da fare è una riflessione sulle parole della collega. Riguarda i circoli viziosi che si formano all'interno di un gruppo familiare relativi allo stile comunicativo. Un bambino che ha un disturbo di comunicazione comunica in modo assolutamente alterato e questo porta l'altro, il genitore, a rispondere in un modo atipico, quindi si ingenera una comunicazione che non segue i binari regolari. Lavorare con tutto questo sistema è molto importante e il lavoro potrebbe essere proprio un parent training. Facendo l'ipotesi di una diagnosi, una diagnosi appartenente allo spettro autistico, ai disturbi pervasivi, lì diventa assolutamente importante lavorare con i genitori per permettere loro di avere degli strumenti di lettura di queste modalità comunicative, perché non si apra una dimensione interpretativa altra che va ad appesantire una situazione che può essere già pesante in partenza.

Rispetto alle figure che intervengono in una situazione di

questo tipo, se la diagnosi fosse un disturbo pervasivo dello sviluppo, la riabilitazione di un bambino con questo disturbo è cognitivo comportamentale, quindi è uno psico-educativo che segue l'approccio Teach, Aba, i due ben connessi. E' importantissimo che parta a questa età perché, la letteratura lo dice, gli interventi che partono a tre anni, tre anni e mezzo, hanno poi degli esiti diversi anche rispetto a diagnosi così severe. E' poi importantissimo il lavoro fatto in tutti gli ambiti, il lavoro di rete. Vi racconto questa cosa: in questo periodo nel cremasco è periodo di comunioni e cresime, che stanno diventando il mio incubo personale, perché abbiamo tutti questi ragazzi con diagnosi di autismo e per loro e le loro famiglie non è facile, perché nel nostro centro c'è un polo dedicato, che deve fare questa cosa. E' molto complicato, le famiglie hanno delle aspettative nei confronti di questa cosa, e parlo di famiglie allargate, perché io ho lavorato con i nonni, con zii, con i cugini, con i fratelli... il lavoro con i fratelli è molto importante. Lì intervengono figure molto diverse: c'è il pedagogo, c'è lo psicologo, c'è anche una formazione di carattere dinamico che è importantissima da mettere in campo con i genitori. Il parent training è fondamentale come pezzetto di un lavoro che è molto allargato.

*Zilioli:* Quando si parla di lavoro con i genitori, si fa riferimento ad un percorso di parent training e non di terapia della famiglia o di terapia della coppia. In una situazione come questa, a meno che i genitori non presentino problematiche particolari non strettamente legate al bambino, potrebbe non essere indicata una terapia della famiglia. E' invece preferibile, come diceva la dott.ssa Crivelli, un sostegno ai genitori nella comprensione del tipo di comunicazione che il bambino propone e della comunicazione da restituire al bambino. E' possibile ritenere che questo lavoro di avvicinamento al proprio bambino e di comprensione possa portare poi anche ad un cambiamento al livello delle rappresentazioni mentali che i genitori hanno del proprio bambino e della sua malattia, perchè anche questa modalità di approccio mobilita pensieri, riflessioni, fantasie, emozioni e quindi può assumere anche una funzione terapeutica e non solo decodificante rispetto

al bambino. In regione Emilia-Romagna per i bambini affetti da disturbi dello spettro autistico esiste una indicazione molto articolata e precisa di interventi da proporre sia dal punto di vista diagnostico che dal punto di vista terapeutico. Gli interventi proposti nei protocolli regionali sono ad orientamento cognitivo-comportamentale con il bambino, associati ad interventi di parent training ed eventualmente ad altri interventi come logopedia, psicomotricità, psicoeducazione.

*Domanda 5:* Volevo fare un passo indietro. Alla base della diagnosi mi sembra di aver intuito che lo strumento principe, citato da tutti e tre, sia stato il colloquio e un po' l'osservazione o le video riprese per l'approccio cognitivo-comportamentale e quello sistemico. Sono questi i due strumenti principali o magari ci sono differenze per arrivare alla diagnosi proprio come strumenti pratici, per indagare qual è il problema?

*Zilioli:* Il colloquio è lo strumento principale perché è utile per l'orientamento. In un caso come questo servono anche approfondimenti testistici utili per la valutazione del linguaggio e di livello (WPPSI, Lighter, Vineland). Questo a prescindere dagli approcci.

*Moi:* Che la testistica possa essere utile è oramai un fatto acquisito; io personalmente la uso molto. Anche perché è uno degli strumenti relazionali perché con il test, con il proiettivo, piuttosto che con qualche altra forma, si entra in relazione con il bambino e con la famiglia. Io apro e chiudo una parentesi: è un po' di tempo che viene definito da O.S come relazionale, l'FRT, che indaga la percezione di quelli che sono i sentimenti, positivi, negativi e ambivalenti dei famigliari verso il bambino e del bambino verso i famigliari. Da questo, che è una forma di gioco (viene chiamato il gioco del postino, c'è il bambino che deve mettere dentro i vari cartellini alle varie figure, lo vede quindi anche come una cosa leggera) si hanno una quantità di informazioni e quindi di considerazioni anche dal punto di vista diagnostico, perché la diagnosi non è solo la parolina o la frasetta

con F70.1, ma è anche dinamica, quindi relazionale, che si può sviluppare. Non è mai il timbro, c'è qualcosa che evolve. Quindi il test è qualcosa di molto importante.

*Crivelli:* Sì, sono d'accordo ovviamente. In primis i test di livello, ma poi... qui c'è un sospetto di disturbi appartenenti allo spettro si fa un ADOS, e poi se arriva la diagnosi, si fa un test funzionale, prima di partire con tutto il lavoro di riabilitazione. Io l'ho dato per scontato, però avete ragione.

*Vanni:* Mi stavo mettendo nei panni di chi deve scegliere una scuola di psicoterapia. Mi pare che una cosa interessante che è emersa sia l'importanza, pur con le differenze di accento nella comprensione del problema, che poi, anche chi ha una certa formazione psicoterapeutica sul bambino, potrebbe non avere tutti gli strumenti possibili per qualsiasi tipo di intervento terapeutico sul bambino. E' importante avere la percezione del limite o della specificità di quello che uno può fare, ma anche avere la percezione di cosa altro si può fare.

*Crivelli:* Credo che questo sia importante prima di qualsiasi scelta di indirizzo, cioè rendersi consapevoli del fatto che il tipo di intervento deve essere calibrato sul tipo di persona che ci si trova di fronte. Quindi, conoscere tutto il panorama di tutti i possibili interventi è doveroso, e permette di indirizzare correttamente gli utenti. Questo credo sia veramente una cosa fondamentale per chi vuole fare questo lavoro.

*Vanni:* Un secondo aspetto importante, connesso con il primo, è il divenire continuo della formazione per chi fa questo mestiere. Per chi ha 25 anni e sta per iniziare una scuola di psicoterapia potrebbe essere deprimente, ma la scuola non è la fine della formazione, è uno step al quale seguono altri step.

*Domanda 6:* Ho trovato molto consolante il fatto che questa netta separazione che ci insegnano all'università tra i diversi approcci si perde nei confronti delle persone. Lo trovo

molto stimolante. Credo che ognuno di noi farà una scelta della scuola di psicoterapia più consona alle proprie inclinazioni, aperto però all'idea che domani ci sarà questa intersezione con altri punti di vista. E' sempre tutto funzionale alla persona che si ha davanti. Ed è stimolante anche il fatto che tutto sia in divenire dal punto di vista della formazione.

*Moi:* Tu dicevi una cosa che mi piace molto: abbiamo a che fare con delle persone e dobbiamo aiutarle, a loro interessa poco che orientamento abbiamo. Dobbiamo aiutarli possibilmente anche aiutando se stessi. Anche io quando ho finito l'università, a Cesena con un carattere più psicodinamico, e si suggeriva con la scuola di psicoterapia una continuità, ho poi incontrato il modello di cui mi sono innamorato, quello sistemico, che era quello che si poteva lasciar influenzare senza farsi troppi problemi.

*Vanni:* Vediamo adesso il secondo caso clinico, una bimba un po' più grande, con caratteristiche diverse.

## **2° CASO – Serena**

*Serena ha sette anni ed è giunta in consultazione presso un Servizio di N.P.I.A. inviata dal suo pediatra curante per delle “turbe del comportamento”. Il primo colloquio con i genitori descriveva una situazione tesa fin dalla nascita nella gestione della bambina, il cui carattere aveva messo da sempre in difficoltà i genitori sia per l'oppositività sia per le manifestazioni di rabbia. Per i primi tre anni di vita aveva sofferto di disturbi del sonno, e anche l'allattamento al seno si era dovuto interrompere perché frustrante per madre e figlia, a motivo di un pianto ricordato dalla signora come incessante. La recente decisione di accedere ad un Servizio specialistico - dopo avere inutilmente tentato strategie autonome - nasceva dalla consapevolezza dei circoli viziosi che si creavano tra le loro reazioni e quelle della figlia, aumentando le dimensioni del problema. I mesi antecedenti la richiesta erano stati particolarmente duri per la famiglia, che raccontava di “crisi di nervi” limitate all'ambiente familiare scatenate da frustrazioni banali e che esplodevano con momenti*



*di forte rabbia scaricata soprattutto sulla madre (urla, danni provocati alle sue cose...). Solo l'intervento autoritario e fisico del padre riusciva a interrompere le crisi, ma ciò finiva per peggiorare la situazione complessiva. Tutti i componenti della famiglia, compreso il fratello, dodicenne, apparivano provati ma anche desiderosi di affrontare il problema.*

*Zilioli:* Questo caso mi ha mosso riflessioni maggiori rispetto al precedente. Sebbene manchino alcune importanti informazioni sono partita, anche in questa situazione, da un tentativo di ipotesi diagnostica, mosso da osservazioni sulla descrizione di una bambina difficile fin dalla nascita e di un rapporto madre-bambina complesso. Alcuni particolari della descrizione mi hanno portato ad ipotizzare un disturbo della regolazione affettiva. In base al sistema di classificazione 0-3, il disturbo della regolazione affettiva emerge molto precocemente nell'ambito di una relazione di attaccamento disfunzionale. Il sistema di classificazione 0-3, rispetto al disturbo della regolazione, fa riferimento sia a caratteristiche costituzionali, temperamentali dei bambini, sia a situazioni o a eventi traumatici, sia a relazioni di attaccamento non buone o a volte alla concomitanza dei vari fattori. E' riconosciuta anche da parte di coloro che hanno un orientamento psicodinamico una base costituzionale o biologica che contribuisce a queste difficoltà, tuttavia i primi pattern di cura prestati al bambino possono esercitare un'influenza importante sul modo in cui i pattern biologici e costituzionali poi si sviluppano e diventano costitutivi della personalità.

Quindi i comportamenti di attaccamento manifestati dal bambino sono il risultato della qualità delle interazioni precoci del bambino, e determinano fortemente il modo in cui poi il soggetto processa le informazioni. Quelle che noi chiamiamo rappresentazioni mentali possono essere definite anche, con il linguaggio di Bowlby, "Modelli Operativi Interni", e sono paragonabili a contenitori la cui costruzione avviene molto precocemente nella relazione madre-bambino.

Per formulare un'ipotesi diagnostica di disturbo della

regolazione affettiva sarebbe necessario indagare maggiormente circa la presenza di specifici pattern comportamentali. Nella descrizione del caso vengono indicati: disturbo del sonno, disturbo dell'alimentazione, difficoltà di elaborazione e organizzazione sensoriale e senso-motoria. Mancano informazioni relative alla eventuale presenza di ipersensibilità, comportamento disorganizzato, comportamento impulsivo. Il sistema di classificazione 0-3, inoltre, attua un'ulteriore distinzione individuando diverse tipologie di disturbo della regolazione. Tuttavia, tenendo in considerazione il fatto che spesso i disturbi della regolazione, come decorso, presentano: disturbi della condotta, disturbi oppositivi, disturbi del comportamento, depressioni, ADHD, mi sembra che un'ipotesi diagnostica di questo tipo possa essere abbastanza convincente, per questa bambina.

Va sottolineato che mancano alcune informazioni rispetto ai genitori, alla vita familiare, alle motivazioni di una consultazione tanto tardiva, a fronte di una figlia che ha presentato problematicità fin dai primi anni di vita, a cosa abbia contribuito a rompere un equilibrio familiare fino ad ora presente, a cosa sia cambiato negli ultimi mesi, descritti dalla coppia come così difficili. Questi sono ambiti che è necessario indagare.

Partendo dal presupposto che l'ipotesi diagnostica di disturbo della regolazione affettiva sia esatta, per quanto riguarda le eventuali ipotesi terapeutiche credo se ne possano proporre due: una di tipo familiare e una di tipo individuale.

A questo proposito credo si possa aprire un discorso interessante con i colleghi. Questi sono bambini che erano considerati bambini non trattabili dalla psicoanalisi, dagli psicoanalisti del tempo di Anna Freud; bambini che non presentano conflitti interni su cui sia efficace proporre interpretazioni e affrontare nodi conflittuali. Bambini piuttosto che sembrano presentare un "difetto di costruzione"; sono bambini con difetti di struttura e sono i bambini rispetto ai quali la psicoanalisi attuale maggiormente studia. Esistono, se qualcuno fosse interessato, interessantissimi lavori di Peter Fonagy, attuale responsabile del Centro Ricerche dell'Hampstead Clinic di Londra, psicoanalista, relativi

ad una ricerca effettuata negli anni 1994/1996, che ha preso in considerazione 750 casi di bambini che avevano in comune la presenza di almeno un disturbo emotivo con compromissione della regolazione, degli affetti, della tolleranza alla frustrazione, del controllo degli impulsi, insomma bambini che assomigliano a Serena. Fonagy e i suoi colleghi arrivano alla conclusione che questi bambini presentano come dato in comune la mancanza di consapevolezza degli stati mentali propri e altrui, quello che viene chiamato un “difetto di mentalizzazione”, cioè l’incapacità o la scarsa capacità di far accedere al piano simbolico e di far accedere al piano rappresentazionale le emozioni. Questi sono bambini per cui attualmente viene espressa l’indicazione per un trattamento psicodinamico, che non si configura come il trattamento analitico tradizionale, ma ha caratteristiche che presentano importanti analogie con gli interventi descritti dai cognitivisti. Il focus del trattamento è individuato nel favorire lo sviluppo dei processi di organizzazione del Sé attraverso l’acquisizione di maggiori capacità metacognitive e di una funzione riflessiva mentalizzante, cioè, in termini pratici, la terapia di questi bambini consiste nell’aiutarli a pensare, a pensare il proprio pensiero e a pensare il possibile pensiero dell’altro.

Recuperando quanto dicevo prima, può esistere anche l’indicazione per un intervento di tipo familiare, ci viene descritta una famiglia quantomeno provata, una famiglia attivante circuiti di aggressività che hanno ricadute su tutti i membri che la compongono. Questo, d’altro lato, mi ha fornito una parziale conferma dell’ipotesi diagnostica, perché è molto facile, specialmente quando i bambini crescono, interpretare il discontrollo come aggressività, interpretare l’impulsività come aggressività e quindi rispondere con l’aggressività all’aggressività e peggiorare le interazioni e le comunicazioni famigliari.

*Vanni:* Anche se l’età di questa bambina è più avanzata fai riferimento al sistema 0-3?

*Zilioli:* No. Se si potesse fare una diagnosi adesso si potrebbe pensare ad un disturbo oppositivo-provocatorio. C’è un

pregresso descritto che mi fa pensare che il disturbo attuale sia l'esito, l'espressione in età di latenza, di un disturbo precoce, che presumibilmente ha avuto questa evoluzione, che Serena possa essere una bambina con un problema di discontrollo della regolazione emotiva che parte da lontano.

Se un bambino con queste caratteristiche venisse intercettato, per esempio, a due anni di vita, non è la psicoterapia individuale che potrebbe essere proposta, ma ci sono tutte le interessanti esperienze descritte in letteratura degli analisti che si occupano della terapia madre-bambino, molto indicate in queste situazioni.

*Crivelli:* Sono d'accordo con molte delle cose dette dalla collega rispetto ad un probabile disturbo di regolazione che poi porta ad un disturbo oppositivo-provocatorio, ad un disturbo del comportamento, forse anche a un ADHD. Potrebbe anche essere una bambina con queste caratteristiche. E' comunque una bambina che arriva ad un servizio a 7 anni e dobbiamo prendere atto di questa cosa, al di là di tutte le possibili interpretazioni. E' legittimo anche chiedersi perché una famiglia arriva dopo 7 anni, quindi che cosa è stato adesso l'elemento scatenante. Anche se 7 anni rispetto ad un disturbo oppositivo provocatorio... cioè è un'età di confine, nel senso che lì si può far sentire in modo veramente pesante e va a rompere un equilibrio che fino a quel momento ha retto, forse perché semplicemente più piccola, quindi un po' più facile da contenere.

Se ipotizziamo una diagnosi di questo tipo come procedere in una proposta di intervento. Le tecniche che noi ci troviamo ad utilizzare sono mirate all'acquisizione di modalità meta cognitive, è un lavorare per rendere consapevole l'individuo delle risposte che mette in atto e di quali conseguenze queste risposte producono nell'altro, a partire dalla considerazione che in questi bambini c'è una forte carenza di quella che viene detta teoria della mente, cioè una difficoltà, che attraverso una serie di sistemi valutativi si va a vedere dove si colloca, a pensare la mente dell'altro, quindi una difficoltà a sentire l'altro, ad entrare in empatia con l'altro, a leggerne proprio gli stati emotivi, per cui sono spesso bambini che fanno delle cose pazzesche ma

non si rendono minimamente conto del disagio anche forte che stanno producendo nell'altro. Tant'è che questo viene letto dal contesto intorno a questi bimbi come un comportamento aggressivo, menefreghista, non gli importa,... se voi andate a parlare con i genitori e con i fratelli di questi bimbi, i racconti sono proprio questi: "Non gli importa niente di me e di come mi sento, lei fa solo quello che ne ha voglia". E quindi le reazioni che un comportamento di questo genere attiva nell'altro sono spesso risposte importanti dal punto di vista dell'agito. Il papà qui arriva a contenerla fisicamente andando a innescare una contro risposta, per cui si innesca questo tipo di meccanismo.

Io il lavoro lo vedrei proprio su questa bimba, e ci sono dei training per insegnare la teoria della mente, a pensare la mente dell'altro, che vengono fatti anche in gruppo con questi bambini, perché in genere è preferibile un lavoro di gruppo piuttosto che individuale. E poi l'altro lavoro importante è da fare con la famiglia in questo caso. Nel momento in cui metto in piedi un intervento non posso pensare di ottenere un risultato nell'immediato, con bambini così poi mai; deve esserci un lavoro con il contesto perché il contesto possa avere più strumenti per leggere il comportamento dell'altro, per essere meno giudicante e meno interventista rispetto al bloccare e quindi più tollerante.

*Moi:* Questo caso in effetti ha sollecitato fantasie più ricche, diverse dal caso precedente. Io non so perché ma quando ho visto questa traccia ho pensato un po' al dolore, alla difficoltà di questa famiglia e di questa bambina, però mi è venuta anche in mente un'altra figura che è questo fratello dodicenne, che c'è, che viene menzionato alla fine, e ho cominciato una riflessione partendo da questo punto. E' una cosa che non è tipica dell'approccio ma in questo caso mi ha fatto ripensare un po' a questo fratello nel contesto familiare. Mi sono venuti in mente i lavori di Carmine Saccu a Roma, anche con i bambini molto piccoli, insieme ai genitori che sicuramente sono una parte da coinvolgere. Però mi è venuto da pensare anche a questo fratello, 12 anni, quindi aveva 5 anni quando è nata questa sorellina, e ho cominciato a fare delle fantasie: non so, forse è stato dimenticato, forse è stato adultizzato,... mi

sentivo, però era la pancia che lavorava in quel momento più che la testa, che andava recuperato, anche in un contesto di lavoro familiare. Mi sono venuti in mente i lavori di Saccu perché lui definisce i bambini con questi comportamenti, con queste caratteristiche, un po' come i bambini tirannici. In questo caso la bambina è un po' come la papessa, quella che si siede sul trono e dirige il traffico familiare. In questo caso poi lei spacca le cose della mamma, ho fatto la fantasia che questi segnali che la bambina lancia forse vogliono essere dei messaggi che lancia a questa mamma e a questo papà. Mi sono venuti in mente anche meccanismi di triangolazione in cui il disagio della bambina vuole fare arrivare un messaggio a qualcun'altro della famiglia rispetto ad un altro componente che non interviene, interviene male o non c'è, in questo caso forse il papà. Non so se il suo era in realtà un grido di dolore o un grido alla mamma, nel senso scuotiti, guarda che quest'uomo se ne sta andando. Ho fatto questa fantasia.

Il discorso del fratello dodicenne, perché mi sembra il figlio non rumoroso, l'adolescente o in questo caso il pre-adolescente che non ha mai dato problemi e del quale è facile un po' dimenticarsi. Non so ancora bene che forma potrebbe prendere questo lavoro, però sicuramente lo vedrei mirato un po' a riattribuire i ruoli, a mettere un po' di confini in questa famiglia, soprattutto aiutando questa bambina, e qui mi ricollego a quanto detto dalle colleghe, utilizzando anche tecniche che Saccu identifica in alcune drammatizzazioni familiari, a passare dall'agito alla verbalizzazione e poi quindi alla mentalizzazione di questi stati emotivi. Qui si parla veramente di una situazione che sembra sia stata logorante fin dalla nascita: pianto incessante, l'insuccesso nell'allattamento, la frustrazione, questo senso di pesantezza estremo, qui forse le opzioni si possono aprire. Tu dicevi lavoro di gruppo anche perché diventa più efficace con questo tipo di bambini, oppure, come diceva Claudia, fare un lavoro anche mirato dal punto di vista individuale su questa bambina. Io questa situazione la vedevo abbastanza paradigmatica di un lavoro familiare, cioè un lavoro familiare con una premessa e una cornice che è quella che dicevo prima, sulla falsariga della scuola di Roma. E poi anche perché mi sembrava che tante di questa escalation

nascessero da una difficoltà o da una impossibilità di punteggiare diversamente questi eventi. Quindi anche lavorare su che cosa è che scatenava questa violenza negli agiti e che cosa invece altrimenti si poteva fare, dare quindi un po' un input a questa famiglia, non solo a questa bambina per cercare di capire se c'erano delle strategie alternative, cioè come mai bisognava per forza arrivare ad arrabbiarsi così tanto, distruggere etc. E questo non soltanto con la bambina ma con tutti i membri famigliari. Mi veniva in mente di portare avanti un lavoro famigliare, però con tutti e 4, coinvolgendo anche il fratello. Per il resto poi mi ritrovo con tutte le considerazioni che sono state fatte, non aggiungerei altro in questo momento.

*Vanni:* Ci sono qui alcuni aspetti di differenziazione, soprattutto nell'approccio proposto da Gabriele che sottolinea particolarmente il partire dalla famiglia, sostanzialmente.

I colleghi in sala?

*Domanda 1:* Di scuola qui non si è parlato, ma si potrebbe anche chiedere com'è il comportamento di questa bambina di 7 anni a scuola. Per vedere anche se il suo modo è diverso o è simile. Bisognerebbe anche vedere le sue relazioni fuori da casa, la vita sociale. E' a scuola molte ore, vedere anche là cosa fa.

*Zilioli:* Ci si aspetta che sia simile.

*Crivelli:* Quando ho accennato prima, sempre molto velocemente, a strumenti di valutazione per raccogliere informazioni un po' precise intendevo che sicuramente la forma del colloquio è la forma iniziale di avvicinamento ad una famiglia che porta un disagio, una difficoltà, però poi ci sono anche tutta una serie di strumenti, di check list, che permettono di organizzare i dati, che aiutano molto noi a focalizzare l'attenzione. Sul disturbo oppositivo provocatorio ci sono tantissimi strumenti che possono essere usati per raccogliere i dati che riguardano gli ambiti diversi di vita, che non è solo quello della scuola per altro, perché poi c'è tutto l'extra scuola. Perché noi abbiamo dato la

diagnosi, abbiamo fatto, credo, una fantasia, ma prima di arrivare alla diagnosi c'è tutto un percorso, un cammino che prevede un'indagine in tutti gli ambiti. Abbiamo saltato questo pezzetto che però sì, sicuramente è presente.

*Zilioli:* Penso anch'io. Quello che abbiamo già detto prima, con soggetti in età evolutiva i supporti testistici sono sempre molto importanti. Con una bambina di questo tipo si possono anche utilizzare test proiettivi, per vedere come si muove rispetto al mondo interno.

*Vanni:* Vengono poi naturalmente scelti in modo mirato in base al quesito che una persona ha in mente.

*Crivelli:* Sì, il colloquio orienta nella scelta. Sono tantissimi, non si possono somministrare tutti. Sarebbe un dispendio di energie, non tanto nostro che sarebbe anche giusto si facesse, ma dell'utente. Il colloquio orienta nella scelta.

*Zilioli:* Per esempio, non sappiamo nulla di come va questa bambina a scuola, quindi non abbiamo ipotesi su come sia il funzionamento cognitivo. Se questa bambina avesse dei problemi anche a scuola si potrebbe pensare anche ad una WISC, se invece andasse benissimo, non utilizzeremmo test di livello.

*Crivelli:* O se magari nella raccolta dei dati viene fuori che fatica a tenere l'attenzione, quindi si è più orientati verso un ADHD, si fa il 'Test delle campanelle'. Sono tantissimi gli strumenti, vado a vedere come funziona lì e questo mi permette poi di avere un quadro.

*Domanda 2:* Ma prima di fare un test quanti colloqui devono essere fatti?

*Crivelli:* Non c'è un numero predefinito.

*Domanda 3:* Cioè, nel primo colloquio fate già un test o



aspettate una relazione un pochino più vicina?

*Crivelli:* Io personalmente non faccio mai un test in prima battuta, ma credo che....

*Zilioli:* Al primo colloquio mai il test; a volte subito dopo il primo colloquio, a volte dopo qualche colloquio; a volte, almeno nel Servizio pubblico, i test di livello li fanno altri colleghi, in modo che si possono raccogliere le opinioni anche di altri colleghi.

*Moi:* Penso sia una regola che stiamo usando un po' tutti: al primo colloquio no. Poi dobbiamo anche chiarirci su che cosa è il test. Perché il test magari lo vediamo noi e l'utente, il bambino non lo riconosce come tale, perché per noi può diventare un test anche un disegno, può diventare qualsiasi cosa che vive come l'impegno del momento. Un test strutturato comunque mai prima del secondo colloquio.

*Domanda 5:* A qualsiasi età questo?

*Moi:* Direi di sì, poi c'è anche il discorso del timing, cioè capire anche da parte nostra e vedere, nella relazione che si è creata, se quello è il momento per somministrare il test. Questo è qualcosa che ha più a che fare con il sentire che con una prassi, per lo meno per la mia esperienza.

*Vanni:* Sottolineo alcuni aspetti importanti. Mi pare stiamo un po' dicendo che questo tipo di percorsi di solito non sono compiuti da una singola persona. E questo prescinde un po' dal discorso pubblico/privato, perché mi pare che anche le strutture private che lavorano con una certa qualità seguono la stessa logica di quelle pubbliche che funzionano. In qualche modo si è poco convinti che una singola persona possa coprire un range così vasto di competenze. E questo apre un'altra riflessione: chiunque di noi si troverà necessariamente a collaborare, a sviluppare certe competenze maggiormente, e altre meno, e a dover capire a chi e

cosa chiedere. Questa è un'altra questione molto significativa.

*Zilioli:* Io credo che occorra sviluppare una competenza specifica anche sulla testistica. Esistono test importanti che è importante saper utilizzare bene. Un test di livello ci deve dare notizie su un funzionamento cognitivo, non solo su un Q.I. 120 piuttosto che 70, ma su come lavora un bambino rispetto al proprio pensiero e alle proprie capacità; un test proiettivo, il Rorschach per esempio, che adesso viene fatto da chiunque ma invece è uno strumento difficilissimo da utilizzare, ci può fornire un supporto dettagliatissimo rispetto ad una diagnosi di funzionamento psichico. Ci vuole una competenza importante da sviluppare nel tempo. Il nostro mestiere è un po' come quello di un medico o di un chirurgo, si impara facendo, provandosi in tante situazioni. Una corretta lettura di una batteria di test aiuta tantissimo il clinico che dovrà pensare poi al trattamento terapeutico. E' un ambito importante ormai quello della testistica. Poi, come diceva il collega, anch'io uso i proiettivi con i bambini nell'ambito del colloquio. Che si utilizzi un Patte Noir, un Blacky o le Favole della Duss o il disegno, lo svolgimento del test consente di interagire con il bambino rispetto ai contenuti sollecitati dallo stimolo testistico.

*Moi:* Una cosa sul discorso dei test che utilizziamo. Non dobbiamo dimenticarci che diventano un'interfaccia utile per relazionarci con la famiglia e il bambino, ma diventano anche un passo obbligato se dobbiamo relazionare ad altri enti o istituzioni, come il tribunale. Nel mese di dicembre l'Ordine ha organizzato un incontro con rappresentanti del tribunale per cercare di definire che cosa deve essere messo dallo psicologo del servizio rispetto alla situazione che vede e in questo caso si faceva menzione del test come inizio di una prassi che deve essere condivisa per costruire un po' un linguaggio comune. Forse alcuni test stanno diventando anche un po' di moda, per esempio si parla molto di valutazione della capacità genitoriale. Secondo me in questo caso l'ordine ha fatto un tentativo buono di condividere per lo meno con i colleghi della Regione alcuni strumenti utilizzabili e

spendibile in quella che è una delle cose più difficili a cui è chiamato lo psicologo, cioè dare gli strumenti al tribunale per decidere se quei genitori sono adeguati o meno e come lo sono soprattutto. Non tutto si può tradurre in test, ma i test devono far parte del nostro bagaglio; non tutti ma una buona parte, per avere più frecce al nostro arco.

*Vanni:* Quindi mi pare che il test da una parte è uno strumento che dà delle informazioni, dall'altro è un oggetto che viene introdotto nella relazione clinica. Rispetto al tempo e al modo devono essere pensati dei modi per fare questo. Sono due livelli abbastanza distinti.

Chiedo ai colleghi: c'è una regia unica da parte del clinico nel percorso di consultazione? Abbiamo visto che ci sono diverse figure che intervengono nel percorso. C'è un regista unico nella parte valutativo-diagnostica che tira le fila, nella vostra esperienza, oppure no, c'è una collaborazione paritaria? Che tipo di modello di consultazione avete in uso su questo piano?

*Crivelli:* Nella mia esperienza abbiamo un'équipe molto allargata, con molte figure anche molto specializzate perché sono molto d'accordo con la collega: è necessario acquisire una certa esperienza almeno in una famiglia di test. Io per esempio i test proiettivi non li faccio, non perché non li conosco, li conosco come qualunque persona che ha fatto questi studi, ma questo non è conoscere per applicare, per utilizzare.

Vi dicevo, noi lavoriamo con una équipe molto allargata, quindi ognuno ha degli strumenti che mette in campo per fare le valutazioni, e poi si tratta di mettere insieme tutti questi pezzi per ricomporre un puzzle. La regia è tenuta dallo psicologo, o nel caso in cui diventa necessario, dal neuropsichiatra. Questo è quello che succede dove lavoro io.

*Vanni:* Che è quello che ha ricevuto la domanda iniziale?

*Crivelli:* No, di solito i primi colloqui vengono fatti tutti dagli psicologi che orientano in funzione...

*Domanda 6:* Lo psicologo o lo psicoterapeuta?

*Crivelli:* Lo psicologo.

*Domanda 7:* Meno male.....

*Zilioli:* Da noi questa regia viene fatta da chi riceve la domanda, perché le prime visite nel nostro Servizio le fanno sia i neuropsichiatri che gli psicologi, con orientamento rispetto alla domanda che non è determinato da noi, ma dal pediatra che invia il bambino o dal genitore stesso che può portare la domanda. In questo modello non c'è possibilità di pre-lettura della domanda; la lettura viene fatta in sede di prima visita, e quindi può essere regista della situazione sia lo psicologo che il neuropsichiatra.

*Domanda 7:* quindi da voi è rivalutato il ruolo dello psicologo, perché in certi ambiti il passaggio è subito dallo psicoterapeuta.

*Crivelli:* Ma no, il nostro servizio ha un'impronta abbastanza chiara, che è quella cognitivo-comportamentale, per cui ... non è una questione di rivalutazione.

*Vanni:* Nel vostro caso però lo psicologo ha una formazione clinica, anche se non è necessariamente uno psicoterapeuta.

*Crivelli:* Sì.

*Vanni:* Dico una cosa un po' provocatoria ma che mi sembra balzi all'occhio: non siamo lontani dalla possibilità di pensare a una specializzazione pensata sull'età e non tanto sull'orientamento, perché state dicendo cose molto convergenti.

*Zilioli:* Credo di poter dire che stiamo dicendo cose convergenti perché in questi

anni lo sviluppo delle neuroscienze e delle scoperte legate alle neuroscienze che riguardano soprattutto l'ambito evolutivo ha giocoforza prodotto dei cambiamenti negli approcci teorici e ha prodotto delle ovvie contaminazioni. Su questo caso sono stati però proposti tre approcci diversi dal punto di visto terapeutico.

*Vanni:* Cerchiamo di riassumere un po' questo aspetto.

*Zilioli:* Io nel mio intervento ho parlato di più di un approccio individuale con delle caratteristiche che non rimandano alla psicoanalisi classica; non sono le strategie interpretative che si utilizzano con gli adulti, sono strumenti più vicini al cognitivo, pur avendo un retroterra culturale e teorico nella teoria psicodinamica. Il dr. Moi ha parlato di più di un approccio familiare, la dott.ssa Crivelli di un approccio di gruppo che ha un legame con la teoria della mente, che unisce le due proposte.

*Vanni:* Le due di Claudia e Enza mi sono sembrate molto sintoniche, con un legame che riguarda l'attaccamento, tutti i modelli post-bowlbiani che sono un ponte tra cognitivism e psicoanalisi, mentre la prospettiva che proponeva Gabriele era più centrata sul sistema familiare.

*Moi:* Io avevo cercato di focalizzare un minimo su un altro sottosistema molto importante che è quello dei fratelli. Avevo parlato anche di ruoli, di confini, di punteggiatura comunicativa che doveva essere un po' ridefinita con la famiglia. Questo a grandissime linee come intervento.

*Vanni:* Si può parlare di processualità dell'intervento? Vado un po' oltre quello che tu stai dicendo: potrebbe anche essere che a partire da un approccio che mette prima in evidenza un certo tipo di cose, per esempio la rilevanza del sistema familiare, poi si arrivi in un secondo momento ad approfondire delle cose ed è magari emergente l'idea di approfondire la storia della bambina, per esempio?

*Moi:* Assolutamente sì. Anche quello che dicevano le colleghe lo faccio mio, nella prassi. Quello che noi facciamo ad esempio in una prima visita, da noi, a differenza di Claudia, la nostra prima visita la raccoglie la nostra segretaria che è stata istruita con una scheda di prima accoglienza a dare una sgrossatura a quella che può essere una domanda. Però noi coinvolgiamo sempre tutta la famiglia, tutti i membri conviventi disponibili, a partecipare al primo incontro ed è una prima visita sempre fatta a quattro mani, con lo psicologo e il neuropsichiatra infantile. Lì poi si capisce e si cerca di indirizzare l'intervento o la consulenza, delegando personalmente gli aspetti di valutazione di livello al neuropsichiatra e ritagliandomi lo spazio per la valutazione, con alcuni proiettivi, gli aspetti emotivi e, in senso più stretto, psichici. Anche se poi è una divisione che a volte diventa aleatoria, però l'abbiamo organizzata in questo modo. Siamo anche una équipe molto piccola, siamo in quattro/cinque: una logopedista, una psicomotricista, uno psicologo e un neuropsichiatra e la segretaria. La nostra è una regia condivisa. Cerchiamo sempre di fare, dopo le prime visite, un momento di prima équipe; al termine delle prime visite, che fissiamo al giovedì, ci troviamo al termine per cercare di capire come poter orientare la domanda. Può essere anche un po' un lusso, in alcuni servizi non è fattibile, a fatica riusciamo a tenerlo, ma vediamo che qualche cosa di buono porta.

*Crivelli:* Da noi è proprio diversa l'organizzazione. La funzione della segretaria super esperta da noi la fa lo psicologo e raccoglie i dati e poi assegna allo psicologo o al neuropsichiatra. La nostra équipe è molto più numerosa e quindi non riesce ad utilizzare una modalità di lavoro che è veramente un lusso. Noi nell'équipe abbiamo psicomotriciste, psicomotriciste relazionali, quelle che lavorano in acqua perché c'è una piscina idroterapica, abbiamo educatori, logopedisti, terapisti occupazionali, pedagogisti, veramente una gran quantità di persone. Infatti a seconda della figura coinvolte si fanno un certo numero di équipes durante l'anno per seguire le situazioni. Poi collaboriamo con il master di una scuola speciale per cui ci sono insegnanti altamente

specializzati su disturbi dello spettro autistico. Quindi ci sono queste équipes che sono molto faticose, la fatica più grande è mettere insieme tutti questi linguaggi diversi, quindi ci vuole qualcuno che tiene le fila di tutti questi pezzetti perché può essere molto disorientante.

*Domanda 8:* Una riflessione che sto formulando. Mi sto facendo l'idea dell'importanza della comunicazione tra professionisti diversi e scuole diverse. E c'entra un po' il tema della cultura, per due ordini di motivi, intanto perché secondo me anche le altre scuole psicologiche sono culture diverse e noi dobbiamo cercare di tenerle dentro, per questo credo che il lavoro di équipes sia importante e poi anche per noi nel percorso di cura. Credo che ci siano persone per cui un certo tipo di intervento può essere più utile di un altro e noi dobbiamo essere più elastici per capire. E poi non dobbiamo dimenticare che il nostro modo di vedere le cose è connotato culturalmente, penso alle teorie dell'attaccamento. Nella nostra cultura possiamo definire un certo modello educativo giusto, e in un'altra no. Pensavo al caso di questa bambina, non ci siamo chiesti se erano tutti italiani i genitori. Dobbiamo imparare molto non solo a capire il modo di pensare dell'altro, tra professionisti, e quindi a farci una cultura ampia, e dall'altro lato avere l'occhio al fatto che siamo tutti diversi e la persona che abbiamo davanti non dobbiamo convincerla che le cose che pensiamo sono giuste, ma evolvendo la relazione possiamo anche reindirizzare. Credo che il lavoro di équipes sia utile con tante figure diverse proprio perché ti dà quel punto di vista diverso che ti può far tornare indietro sui tuoi passi. Ci vorrebbe oltre lo psicologo anche l'etnopsichiatra in tutte le équipes perché io credo che le culture sono tante, anche solo in Italia. Questa riflessione non so bene dove mi stia portando... A me personalmente convinceva di più la proposta di lavoro del dott. Moi.

*Moi:* La proposta dell'etnopsichiatra è una buona idea, ma alla faccia del lusso!

*Zilioli:* E' vero che non abbiamo considerato questo aspetto dell'appartenenza culturale. E' un aspetto che ha un grosso significato rispetto agli stili relazionali, comunicativi, rispetto alla costruzione dei modelli operativi, e l'arrivo di tante persone e tanti utenti che non appartengono alla nostra cultura è un elemento che sta mettendo molto in difficoltà i servizi di neuropsichiatria. Anche perché ormai credo che l'utenza extracomunitaria vada oltre il 50% ed è un'utenza su cui i nostri strumenti di indagine non sono così puntuali: non dimentichiamoci che tutta la testistica è di taratura nord americana e europea. A parte gli strumenti testistici anche la nostra comprensione di alcuni aspetti relativi, per esempio, agli stili educativi risente sicuramente della nostra cultura. E' un problema, sì.

*Domanda 9:* Secondo me il tema dell'etnopsicologo può portare a fare una riflessione più generale, nel senso che ognuno è portatore di una cultura diversa. Per esempio nel primo caso non sappiamo da dove provenisse la famiglia, anche in quel senso la cultura può essere molto importante e secondo me è stato sempre un aspetto poco considerato quello della cultura che ogni persona e ogni famiglia porta. Nel primo caso potrebbe essere molto orientante. Magari non si sono rivolti prima, magari vengono da un posto di montagna della Sardegna e non ci avevano neanche fatto caso che il bambino parlava poco. E' importante il discorso della cultura al di là dell'immigrazione.

*Vanni:* Se dovessimo far riferimento alla complessità avremmo potuto allora immaginare anche che ci fossero due mamme, invece che un papà e una mamma. Situazioni di complessità legate anche al genere. Siamo stati sul semplice insomma!

*Zilioli:* Quello che mi stupisce è che non ci siano state domande rispetto al perché di questa convergenza delle tecniche pur con paradigmi teorici così diversi alle spalle. Penso ad esempio che riflettendo rispetto al fatto che, trattandosi di soggetti in età evolutiva, si lavori con strutture in costruzione, con



personalità, identità, in costruzione, forse è questo il dato che accomuna. Non ci troviamo davanti ad una realtà personale costruita su cui andare ad inserire un metodo di lavoro che ci consenta di affrontare malesseri o sintomi che sono espressioni di qualcosa alle spalle che ha già una sua storia, una sua funzione precisa. Con i bambini si lavora lungo il percorso, analogamente a quanto accade con gli adolescenti. E' questo l'elemento che favorisce una convergenza di pensiero? Sono invece, come dicevo prima, gli apporti degli studi neuroscientifici che ci fanno cambiare ottica?

*Domanda 10:* Tutti e tre avete sottolineato l'importanza del lavoro che si fa con la famiglia. Mi veniva da pensare che proprio in questa fascia d'età si converge tutti sul fatto che lavorare con il bambino significa anche lavorare con i suoi caregiver e quindi ci sono più sovrapposizioni. Non si può prescindere quando si lavora con un bambino di 2 anni dalla compliance dei genitori, di questo ambiente che lo sta formando. Mi chiedevo quindi la differenza del percorso che si fa con la famiglia. Il percorso psicodinamico più individuale rispetto al cognitivo comportamentale più di gruppo, il terapeuta che segue la famiglia in entrambi gli approcci è lo stesso? è un altro? com'è il percorso con la famiglia?

*Zilioli:* A meno che non ci siano esigenze particolari, chi segue il bambino ha anche dei momenti di counselling anche con la famiglia, sia per ragioni di restituzione e reciprocità dell'informazione sul lavoro che si fa, sia proprio perché se i genitori non sono in situazione di alleanza i bambini non ce li portano più e il nostro lavoro è presto finito. L'alleanza con la famiglia è indispensabile. Ci sono situazioni inoltre in cui si richiede una terapia dei genitori.

*Crivelli:* Il servizio dove lavoro io funziona un po' diversamente. La sezione di cui sono responsabile è quella che si occupa di autismo per cui, a meno che le famiglie che arrivano da noi abbiano problemi che esulano un po' dalla diagnosi di questo

tipo, in questo caso c'è una terapia familiare che viene fatta da una persona diversa da quella che poi segue il bambino. Comunque se la diagnosi è di un certo tipo c'è una riabilitazione che viene pensata per questi bambini ed è una riabilitazione che dal punto di vista del tempo è importante, perché può essere che un bambino abbia 3 o 4 terapie a settimana, più la logopedia, più, più, quindi sono figure diverse che seguono i bambini nella riabilitazione. Il parent training, perché in questo caso laddove non c'è bisogno di una terapia familiare, c'è comunque un parent training perché bisogna costruire una cultura comune e poi perché, nel caso specifico dell'autismo, io ritengo che i maggiori esperti di quel bambino autistico lì siano i genitori, non i professionisti. Ed è lì che poi si gioca il futuro per questa persona. Il parent training è fatto da figure che si occupano specificamente di questo e poi ci sono momenti allargati di restituzione del percorso.

*Moi:* Anche nel mio servizio ci siamo dati questa regola interna, che il lavoro con i genitori e con la famiglia viene fatto dallo psicologo, il lavoro fatto con il bambino dal neuropsichiatra, magari anche alternandosi. Ci può essere il neuropsichiatra che ha anche una formazione psicodinamica che lavora con parent training e con colloqui di tipo psicoeducativo con i genitori e io che seguo dal punto di vista psicologico il minore. Ci sono poi momenti di restituzione anche allargati, a volte noi facciamo momenti di restituzione in cui c'è anche la psicomotricista e la logopedista, per avere un quadro completo. Questo è anche legato alle dimensioni dell'équipe.

*Vanni:* Quello che diceva Claudia mette in luce un aspetto importante per quello che riguarda l'approccio psicodinamico. Mi pare si sia passati dal costruire una teoria sul bambino fondata sulla clinica degli adulti, poi successivamente costruita sulla clinica del bambino direttamente e solo successivamente gli elementi conoscitivi decisivi li ha forniti la ricerca extraclinica e questo ovviamente ha cambiato moltissimo tutti i contenuti.

*Zilioli:* Sì, la ricerca legata all'Infant Research, oltre alla

ricerca condotta da chi si occupa di neuroscienze ha cambiato sicuramente il modello dell'approccio. Tutto il gruppo di Boston ha coniugato i risultati dell'Infant Research con i risultati delle ricerche neuroscientifiche e con i risultati della ricerca clinica psicodinamica, ed ha espresso delle teorie rispetto alle relazioni precoci madri-bambino, rispetto alla formazione del cognitivo, rispetto alla formazione identitaria, che sono completamente nuove, rispetto alla psicoanalisi dei tempi di S. Freud e A. Freud. Anche se già in A. Freud qualche precursore è reperibile, perché l'autrice già scriveva che non c'era niente da decostruire e niente da interpretare nel lavorare con un bambino. C'è un aspetto che assomiglia di più all'aspetto educativo. Bisogna lavorare sulle linee evolutive, cioè bisogna guardare se un bambino cammina lungo le linee di sviluppo attese e lavorare perché un bambino vada avanti, non tanto perché si fermi a riflettere, ma perché un bambino riesca a camminare. E' una impostazione sufficientemente diversa da quella che si ha con l'adulto. Il lavorare sugli obiettivi evolutivi credo sia un "trait d'union" tra i tre approcci. Non si può dimenticare che un bambino ha degli obiettivi evolutivi da raggiungere e se non li raggiunge e non li raggiunge nei tempi corretti avrà poi delle ripercussioni, degli esiti negativi, nel prosieguo dello sviluppo. Questo apre un altro argomento che fa ritornare alla diagnostica. La comorbilità è una situazione piuttosto comune, per quello che riguarda i disturbi dell'età evolutiva, e bisogna fare una scelta rispetto alla tipologia e alla tempistica degli interventi. Nella scelta si deve tener conto degli obiettivi evolutivi. Esempio pratico: fantasticando che Tommaso abbia un ritardo del linguaggio, ma anche problemi relazionali con la famiglia, ecc, è molto importante l'intervento abilitativo sul linguaggio che lo aiuti a mettersi al livello dei coetanei, a non restare troppo lontano dal mondo relazionale. O, viceversa, a volte i colleghi che si occupano di neurofunzioni richiedono un intervento terapeutico per bambini compromessi dal punto di vista emotivo relazionale che non riescono ad accedere alla riabilitazione. Importante è stabilire di cosa ha bisogno quel bambino in quel momento e nel momento successivo e così andare avanti step per step. Come mi trovo a dire a certi genitori, i cambiamenti psichici hanno dei

tempi lenti, ma nel frattempo i bambini devono andare a scuola, devono fare gli esami, hanno delle tappe significative da affrontare con ricadute positive o negative sul bambino stesso e quindi sul nostro lavoro. La terapia con l'adulto ha una struttura temporale completamente diversa, si lavora con dei sintomi, con dei disagi, si lavora su un terreno di stabilità differente. Forse sull'adulto gli approcci avranno la possibilità di essere maggiormente differenziati.

*Vanni:* Sarà interessante vedere quanto questa cosa qui sarà presente o meno nei prossimi incontri.

*Zilioli:* Il lavoro specifico sul sintomo per uno psicodinamico non è contemplato. Il bambino che in un funzionamento generale è compatibile con le attese per l'età e presenta un sintomo, non so, l'enuresi o la crisi d'ansia prima di andare a scuola, può presentare una situazione che può essere affrontata in modo diverso a seconda degli approcci.

*Moi:* Volevo ringraziarvi perché avete rifocalizzato l'attenzione sull'aspetto culturale perché in alcuni servizi assume un valore di emergenza. Nel mio servizio, quello del sud est, abbiamo più del 50% di utenti che vengono da altri paesi, con premesse anche molto differenti. Io non sarei così rigido sull'importanza dell'etnopsichiatra perché abbiamo risorse come il mediatore linguistico e culturale che spesso utilizziamo. Anche se poi bisogna stare attenti a non prendere delle cantonate. Non è detto che arrivi il mediatore linguistico che con quella cultura non ci aiuta, perché parla quella lingua ma non appartiene a quella data cultura. Sta a noi attivare le risorse e utilizzarle in maniera adeguata. Ci sono delle risorse da attivare, bisogna analizzare bene la domanda, come vi diranno ancora per anni.

*Domanda 11:* Voleva chiedere che scuole di psicoterapia avete fatto.

*Crivelli:* Io ho fatto una scuola nel North Carolina di

orientamento cognitivo comportamentale.

*Vanni:* Ora però questa scuola non sarebbe riconosciuta. In passato c'è stata una sanatoria, prima dell'istituzione dell'Albo, che ha permesso che queste formazioni compiute anche in scuole estere fossero riconosciute. Attualmente bisogna stare attenti e verificare che siano riconosciute.

*Moi:* Io sono rimasto in ambito emiliano-romagnolo. Ho fatto la sistemico-relazionale, l'Iskra di Modena.

*Zilioli:* Io devo fare un ragionamento un po' complesso. Io ho fatto una scuola di psicoterapia quadriennale preceduta da molti anni di formazione sempre di tipo psicodinamico, presso la scuola di psicoterapia di via Ariosto a Milano, che però praticamente come scuola non esiste più. Il Centro funziona ancora come centro di formazione e supervisione, ma non si è costituita come scuola di psicoterapia. Poi, come tutti quelli che intendono fare un percorso psicodinamico, ho fatto un'analisi personale e, negli anni, molte formazioni con molte contaminazioni, perché ovviamente la mia scuola risale a molto tempo fa. Sull'adolescenza è stato molto importante per me il lavoro con la SIPRe e con il gruppo del Minotauro di Charmet. Lo cito, perché, specialmente il Minotauro, utilizza un approccio particolare della psicoanalisi che si rifà alle teorie di Franco Fornari. Adesso esistono ottime scuole di tipo psicodinamico anche sull'infanzia a Milano, Torino, Bologna.

*Crivelli:* Spiego perché andarsene così lontano da casa. In quegli anni a me interessava l'autismo e in Italia non c'era molto, o c'era una modalità di lavorare che non mi corrispondeva e di conseguenza la scelta è caduta su chi si occupava di autismo da altre parti. Poi la formazione è veramente continua. Mi sono occupata di autismo e comunicazione: si lavora adesso con Teo Peters. Poi c'è tutto l'aspetto cognitivo e c'è tutta la scuola di Feuerstein. Non si smette mai di studiare.

*Vanni:* Il fatto che anche dopo la scuola questa costituisca un punto di partenza per proseguire nella propria formazione permanente, questa mi sembra una cosa importante.

*Moi:* Basta anche guardare i piani formativi delle scuole di specializzazione, dove vengono invitati esperti un po' di tutte le formazioni, non ultimi gli esponenti di scuole di pensiero ispirate alle scoperte neurofunzionali e biologiche più recenti.

*Vanni:* Vorrei ringraziare i colleghi che sono venuti a portarci un distillato della loro esperienza. Spero sia stato interessante anche per voi il confronto. Ci rivediamo tra un paio di settimane parlando di adolescenti.

## La clinica psicoterapeutica con gli adolescenti ed i giovani

A. Labanti, A. Ravasini e L. Giustina

### ***1° CASO – Anna***

*Fuori della porta del Servizio Adolescenza di un'Azienda Sanitaria Locale si presentano due giovani donne more con i capelli corti ed un abbigliamento giovanile. Sono Anna, 14 anni, e sua mamma Elisa, 34. La mamma, appena seduta, chiede 'devo dire tutto?' in effetti la storia è lunga. E' solo un anno e mezzo che sono a Parma, vengono dalla Calabria insieme a Franco, 12 anni, l'altro figlio di Elisa e del loro papà, Giuseppe, in carcere da sei anni per 'associazione a delinquere' ed 'estorsione'. E' stato un fulmine a ciel sereno per loro quando la polizia, sei anni fa, alle tre di notte, è entrata in casa, si è portato via Giuseppe ed ha messo sottosopra la casa; e poi il processo, una vita, agiata, sconvolta. Il disorientamento che ha preso tutti.*

*C'era anche la mamma di Elisa, la nonna di Anna e Franco, con loro in casa. Elisa aveva sposato Giuseppe quando era rimasta incinta di Anna, a diciannove anni, e sua mamma aveva dato una mano con i bambini, la casa, etc.*

*Ma sono lì, racconta Elisa, perchè Anna non va bene a scuola. E' stata bocciata già l'anno scorso e rischia di perdere anche quest'anno, in seconda media. Non ha voglia, non fa niente, eppure giù era bravissima, non come suo fratello che se la cavava e se la cava anche qua. Anna poi non da retta a sua madre, fa quello che vuole, sta con un ragazzo albanese di diciott'anni 'senza arte né parte'. Anna ascolta e, su richiesta dello psicologo, conferma, e nulla più.*

*'Non parla con me' dice la mamma. 'Ci ha mandato qua la sua prof d'italiano che conosce un po' la situazione e la vuole aiutare, ma altri insegnanti non sono stati benevoli con lei e con il*

*fratello e lei ha smesso di studiare, poi c'è stato un periodo in cui mangiava moltissimo e poi vomitava; adesso non più, forse'. 'Io non so più che fare' dice Elisa 'a me non da retta, mi tratta come una sorella, forse perchè mi vede giovane'.*

*'Perchè è venuta a Parma?', 'Perchè non potevo più stare in quel posto, era pericoloso per i miei figli, con il padre poi, che deve scontare ancora due anni di carcere, ci stiamo separando e poi qui ho mio fratello e ho trovato subito lavoro'.*

*Vanni:* Chiederei ad Ada come ti muoveresti rispetto a questo materiale? Cosa hai sentito? come sei orientata a procedere?

*Labanti:* Io sarei molto curiosa di sentire la voce di Anna, perché manca completamente. Si parla di Anna ma non con Anna, per cui questa è una cosa che esplorerei preliminarmente. Questo mi porta a chiedermi se la voce di Anna interessava a qualcuno prima che iniziasse a dare dei segnali, in qualche modo, e quanto questo contesto fosse poi in grado di decifrare, di ascoltare. Quando la mamma dice che è stata un fulmine a ciel sereno che sia arrivata in casa la polizia, così... tutto è possibile, ma mi sembra un po' strano che una donna che vive con un uomo in uno stato di agiatezza, senza lavorare lei, non sappia come si procura i soldi ecco, mi sembra strano. Mi sembra significativo che non se lo sia mai detto, questa è una mia interpretazione, una mia fantasia. E quindi quando poi si prende la decisione di andare via, di sradicarsi, mi chiedo quanto questo sia stato minimamente condiviso con i figli. Mi viene in mente il caso di una mia paziente, con condizioni analoghe, salvo per l'aspetto giudiziario, che portata via dal suo paese perché i suoi dovevano venir via per motivi loro, era brava era inserita nel suo gruppo, è arrivata a Parma ed è diventata una "sfigata totale", parole sue. Non deve essere facilissimo per una persona trovare un senso, trovare una collocazione per sé dentro questo nuovo mondo. Anche questa indifferenziazione che sembra esserci tra madre e figlia è interessante, prima ci scambiavamo un po' la fantasia che non si capisse in che rapporti erano queste due: potevano essere due sorelle, chi era la mamma? chi



era la figlia? chi era chi? Insomma che la mamma fosse la mamma non è così chiaro. E poi quando la mamma dice: “Non so più cosa fare, non mi dà retta, mi tratta come una sorella forse perché mi vede giovane”, forse è anche la mamma che ama vedersi giovane, giustamente, senza demonizzare questo, ma forse una differenziazione così forte non è tanto presente. Quando la mamma dice “siamo venuti a Parma perché era una situazione pericolosa”, sicuramente poteva essere pericolosa, non è detto che per una ragazzina di allora 12 anni non fosse più rischioso qualcos’altro, soprattutto se lasciata a dovercela gestire da sola. Quando dicevo mi piacerebbe sentire la voce di Anna, mi piacerebbe far cominciare a raccontare a lei la storia, vedere dal suo punto di vista come lei l’ha vissuta, se è riuscita a dare senso ai vari passaggi, al di là dei motivi oggettivi, dei motivi contingenti, imposti dalla situazione, e provare a vedere chi è questa Anna. Cosa sta succedendo qui? Cercandosi un appoggio nella relazione di coppia naturalmente si va a cercare una persona che è chiaro fin da subito che non ha né arte né parte; non c’è niente da scoprire, non ci sono brutte sorprese, è uno che è chiaro fin dall’inizio, non riserverà brutte sorprese. Il fatto che l’abbia mandata la prof. di italiano ci fa capire che magari Anna con qualcuno ha parlato, che in qualche modo ha mandato qualche segnale che è importante decodificare. Forse non è così facile, gli altri insegnanti non sono stati così benevoli, forse non si sono sintonizzati con lei. Questo lavoro di sintonizzazione, di far riaccontare a lei la storia e vedere per lei che storia è stata e vedere come vive una ragazzina che era ben inserita, che era figlia di qualcuno che contava, che aveva un certo ascendente, anche se di origine delinquenziale, però probabilmente davvero ben inserita, non solo sradicata, portata via da lì in un posto dove non solo non è nessuno, ma è la figlia di uno che è in galera, insomma, come diceva la mia paziente, dove è davvero “una sfigata”. Quindi come fare a trovare un posto e un senso a tutto quello che sta succedendo. Questa è la prima cosa che mi viene in mente e che vorrei fare: sentire che voce ha, cosa ha da dire, se ha qualcosa da dire, se vuole dirci qualcosa o se ha voglia di mandare dei segnali solo attraverso questi agiti: non andare bene a scuola, mangiare e vomitare, stare con

un disgraziatello, oppure se ha voglia di elaborare un po' la cosa. Comincia ad avere 14 anni, può essere opportuno, può avere già voglia di farlo.

Mi fermerei qui.

*Vanni:* Come ti muoveresti concretamente, se noi immaginiamo che questa sia la parte iniziale dell'incontro. Cosa faresti concretamente?

*Labanti:* Chiederei a lei se ha voglia, se riesce a raccontarmi la sua storia, non in presenza della mamma.

*Vanni:* Daresti però spazio anche alla mamma?

*Labanti:* No, a me piacerebbe dare spazio ad Anna e basta inizialmente, vedere se si riesce a stabilire un po' di relazione con questa Anna, a essere con lei, com'è essere lì con lei, e il suo essere lì con qualcuno che la può guardare, ascoltare, testimoniare, supportare eventualmente. No, io la mamma, almeno in una prima serie di colloqui, non la vedrei presente nel mio modo di procedere. Ovviamente se Anna è d'accordo, se non si chiude in un mutismo totale e incondizionato, però mi fa piacere pensare che non sarebbe così, che avendo la possibilità... In fondo la prof. di italiano è quella con la quale si fanno i temi, cominciare a scrivere la sua storia, la sua epica, magari con qualche risvolto epico che aiuta a ritornare a essere un po' personaggi della propria storia.

*Vanni:* Ci sono domande per la dott.ssa Labanti?

*Domanda 1:* Parlare con la ragazza da sola. Immagino che al primo colloquio la mamma non accetti. Se la mamma non accetta, come fare? Immagino che sia un problema in più mettersi contro la mamma..

*Labanti:* Adesso che ci penso credo non mi sia mai successo di una mamma che si rifiuta di lasciarmi parlare con la

figlia. Però è un'obiezione possibile. Chiaramente non le si dice 'Lei adesso esce'. A volte, mie fantasie, i ragazzi chiedono alla mamma di stare lì, non hanno niente in contrario che la mamma stia lì. Questo è un elemento immediatamente negoziabile, dicendo adesso mi piacerebbe sentire come tu racconti la tua storia, quello che tu hai da dire su quello che è successo, magari chiedendolo a lei. Certo non si dice direttamente "Adesso lei signora va fuori così posso parlare liberamente con sua figlia". Vedere se già si riesce a creare una disponibilità nella ragazzina, e che effetto le fa quello di essere lei la portavoce di una storia che magari non è mai stata raccontata o magari sì, ma è una novità raccontarla davanti ad un estraneo, non un insegnante a scuola, un adulto di riferimento o comunque conosciuto. L'uscita della mamma è comunque un elemento che va negoziato. A volte i ragazzini stessi non hanno nulla in contrario al fatto che la mamma stia lì. Così sarebbe ancora più interessante da un certo punto di vista, soprattutto se si riuscisse a dar voce ad Anna e a far tacere la mamma e a sentire quella storia che a me viene da dire non è mai stata raccontata, ma magari non è vero.

*Domanda 2:* Rispetto al tema della scuola, mi pare che loro abbiano detto "Siamo venuti qua perché Anna non va bene a scuola". Mi pare lei non abbia accennato a come poter magari procedere su questo aspetto, che per la mamma è importante, dato che si presenta con questa richiesta.

*Labanti:* Sicuramente è il motivo per cui chiedono aiuto. Nella mia idea questo è uno dei segnali che Asia sta mandando. Non dico che sia accantonabile, ma è un elemento del contesto, un elemento fondamentale. Teniamo presente che una ragazzina che viene sradicata dal posto dove è nata e dove aveva una collocazione sociale importante e ben riuscita, che era vincente, quando si avvicina con una realtà nuova la prima cosa che impatta è la scuola, quindi la socialità, l'essere all'altezza dei compiti, il riuscire a rappresentare se stessa in maniera adeguata e a farsi cogliere come tale. La scuola è una palestra fondamentale e come tale è un concentrato di tutto, anche dell'immagine corporea

che è fondamentale per una riuscita 'sociale'. La scuola è il palcoscenico, per cui prima di poter fare qualsiasi cosa, la considererei il palcoscenico dove si mette insieme tutta la sua epica personale.

*Domanda 3:* Incominciamo i colloqui, a cui ne seguono altri. Nasce una certa relazione e una certa empatia. Si avvicina a qualche test o continua con i colloqui? Lei non struttura il colloquio, lo porta avanti a seconda delle risposte e dell'emozione che vi scambiate? Preferisce fare test o no?

*Labanti:* Per me è una domanda molto spinosa nel senso che i test li uso pochissimo. Quando c'è qualche cosa che non è chiara io l'unico strumento che sento di poter usare, perché mi è congeniale, potrebbe essere un T.A.T. Mi aiuta a chiarire rispetto a certi stati di sviluppo, a certi aspetti oppure a chiarificarmi rispetto a tematiche che per altro in Anna non rilevo. E' però uno dei limiti del mio modo di lavorare usare poco i test. Per me la cosa fondamentale è vedere cosa succede lì, in quell'incontro, tra me ed Anna, quali sono le mie sensazioni rispetto a come lei si muove e a come io mi muovo con lei. Per me sono fonte di indicazioni molto importanti. Purtroppo io sono poco avvezzo all'uso dei test, ma è una mia caratteristica o un mio limite. Per cui in questa fase io non ci avrei nemmeno pensato.

*Domanda 4:* E se sente di non avere una apertura verso questa ragazza o questa ragazza verso di lei, che cosa fa?

*Labanti:* E' difficile immaginarsi perché. Bisognerebbe riuscire a sapere cosa accade negli incontri, nelle relazioni. E' difficile immaginare in linea teorica perché potrebbe non accadere qualcosa. Se sento che non accade, ne parlo con Anna. Anna è molto piccola, è molto al limite. Siccome sono lì a chiederle cosa lei sente, cosa pensa, cosa vuole dire o non vuol dire della sua storia, se io comincio a far parte della sua storia devo entrare a farne parte anche, magari, sentendomi dire 'lei non capisce niente come la mia prof.', oppure 'con lei non parlo perché lei è come

mia mamma', o qualsiasi altra cosa.

*Domanda 5:* Ma quando si è in difficoltà che cosa si fa? Se lei si rende conto che la strada non viene aperta e non riesce ad andare oltre che cosa fa? Cerca qualcun'altro?

*Labanti:* Sarebbe cruciale la restituzione all'altro di questo fatto. Mi riesce difficile immaginare però.

*Domanda 6:* La mamma ha parlato anche di altri segnali, non solo di aspetti emotivi ma anche comportamenti difficili: mangiare e vomitare, per esempio. Lei questo caso lo guarda solo dal punto di vista psicodinamico, non vuole fare verifiche anche a livello comportamentale di questo?

*Labanti:* Parto dal presupposto della minore gravità possibile. Comincerei a pensare che certe manifestazioni non ci parlano necessariamente di psicopatologia, ma di comportamenti. Partirei da questa ipotesi di minimo grado psicopatologico possibile e li leggerei come segnali. Stiamo parlando di 3 o 4 colloqui, quindi è molto difficile aprire ulteriori spazi. Ci sono troppe possibilità teoriche. Tendenzialmente io non li considererei come un grosso allarme, ma di partenza li vedrei come dei comportamenti segnalatori.

*Vanni:* Lucia, che ne pensi del materiale proposto?

*Giustina:* Sono rimasta anche io colpita dal fatto che Anna non ha voce in capitolo. La sensazione è che la mamma prenda piede, che sia abbastanza protagonista di questo colloquio, nel senso che si presenta e dà il suo punto di vista rispetto al problema. Mi chiedo quanto spazio dà alla figlia per presentare il suo. E' come se il problema scolastico fosse l'unico e alla fine la mamma accenna ad un comportamento alimentare che potrebbe essere problematico, ma senza soffermarsi su questo tipo di comportamento. Quindi anche io nel primo colloquio darei voce ad Anna, ma in presenza della mamma, per capire qual'è il suo

punto di vista rispetto al problema. Si pone certamente il problema di quanta sia l'apertura di Anna e di quanto possa darci il suo punto di vista, però penso sia fondamentale fare così affinché sia legittimata la sua voce anche davanti alla mamma. Seguendo un po' lo schema degli ABC di Beck ed Ellis cercherei di indagare per Anna quali sono le emozioni, perché qui Anna è silente e non sono esplicitate le emozioni legate sia a quel colloquio sia a quelli che sono stati gli eventi di vita. Chiederei, in presenza della mamma, come ha vissuto questi ultimi anni, perché la sensazione è che l'allontanamento dalla Calabria sia stato comunque una sorta di salvezza, però per la mamma: sembra sottovalutata la necessità della figlia di adattarsi a questo cambiamento e non c'è nessun accenno rispetto al legame di attaccamento con il padre. Sembra che la mamma abbia fatto questo cambiamento per salvarsi e invece ci si domanda come Anna abbia vissuto questa separazione. Per quanto il padre avesse dei comportamenti delinquenti ci si domanda che tipo di legame ci fosse fino a sei anni prima con Anna. Darei questo spazio nella speranza che Anna ci dia il suo punto di vista e chiederei anche ad Anna come è stata la loro vita fino al trasferimento, com'era il legame col padre. Magari nei colloqui successivi potrei approfondire il punto di vista di Anna rispetto alla coppia coniugale, a come vedeva i suoi genitori. Penso che poi imposterei due percorsi di valutazione separati; la sensazione è che la mamma metta in atto una delega, soprattutto al contesto scolastico, dei problemi di Anna. Non a caso c'è una attivazione e vengono date indicazioni da parte della prof. di italiano. Cercherei di coinvolgere nel percorso di valutazione anche la mamma, per comprendere tutta l'anamnesi familiare pregressa a questo trasferimento. Come è stato vissuto il trasferimento da parte della mamma e da parte di Anna, anche per capire le differenze. Anche da parte di Anna, come mai c'è stata questa difficoltà di inserimento, cosa sta vivendo, e capire anche quale teoria si è fatta la mamma rispetto a questo cambiamento e a questa trasformazione della figlia. Sottolineerei anche gli aspetti evolutivi, nel senso che la sensazione è che la mamma non valuti anche l'età di questa ragazza, i 14 anni, tutto lo sviluppo sessuale, come se si rapportasse ad una

figlia che ha più di 14 anni. Sembra sia dato poco peso sia al trasferimento, sia all'età delicata che sta vivendo Anna. Penso darei spazio ad entrambe nel 2° e 3° colloquio perché possano confrontarsi su come abbiano vissuto entrambe questi ultimi anni, in modo che la mamma prenda coscienza, legittimando i sentimenti della figlia. Poi, dato che anche io come Ada ho la sensazione che sia in atto un processo di individuazione che possa essere in qualche modo difficoltoso, darei uno spazio individuale ad Anna per darle uno spazio di intimità, come se il setting le permettesse anche di differenziarsi dalla mamma.

*Vanni:* Quindi il 2° e 3° colloquio li faresti insieme?

*Giustina:* Sì, penso che un incontro non mi basterebbe per capire tutta l'anamnesi familiare e tutti i reciproci punti di vista. La sensazione è che le emozioni legate al trasferimento e alla separazione della mamma siano completamente diverse da quelle della figlia. In modo strategico terrei la mamma nel 2° e 3° colloquio affinché possa vedere Anna più come una figlia e se non hanno condiviso la loro storia abbia più coscienza della problematica che non può essere certamente circoscritta all'ambito scolastico.

*Vanni:* Quindi daresti certamente più spazio nella prima seduta alla mamma rispetto a quello che diceva Ada.

*Giustina:* sì

*Vanni:* Domande?

*Domanda 7:* Nessuno ha fatto accenno al fratello, che è bravissimo e non ha problemi. Perché il ragazzo non è stato coinvolto? Alla terapeuta con indirizzo cognitivo-comportamentale, chiedo che tecniche utilizzerebbe per aiutare questa ragazza?

*Giustina:* Sia per Anna che per la madre userei la stesura

degli eventi significativi di vita degli ultimi anni, perché l'ipotesi è che negli ultimi anni ci siano stati eventi importanti. Cercherei di includere sentimenti e pensieri collegati a questi eventi. E poi utilizzerei per Asia e anche per la mamma, per farla entrare nel processo valutativo-terapeutico, la possibilità di stilare i diari clinici. Sono divisi in tre colonne ed elencano gli eventi oggettivi, i pensieri legati a quell'evento, le emozioni e i comportamenti che la persona sperimenta e mette in atto. Rispetto al problema di Anna chiederei alla mamma, quando Anna ha questi comportamenti, quando non riesce a studiare, lei che tipo di pensieri fa, anche se già da questo verbale sono comprensibili: quando Anna si chiude in stanza e non riesce a concentrarsi su nulla, pare che la mamma faccia delle considerazioni rispetto alla svogliatezza della figlia. Questo per capire come la signora vede il problema, se percepisce che c'è qualcosa che va al di là della svogliatezza. Chiederei anche in colloquio come la fa sentire questa cosa, conseguentemente come si comporta quando Anna si chiude, se la sollecita e cerca di stimolarla, per comprendere anche la circolarità del comportamento della mamma e di Asia. Quando viene così stimolata Anna si sente capita o si sente invasa dalla mamma? E poi userei i diari clinici con Anna, che è uno strumento che rende più libera la persona di esprimere vissuti e pensieri, rendendoli più chiari a sé stessi in un contesto altro dal colloquio. Diventa anche materiale clinico su cui lavorare assieme. Anche io ammetto, anche per mia formazione, che c'è la tendenza a non coinvolgere tutta la famiglia. Il focus, anche per il modello dell'attaccamento, è molto focalizzato sulla diade, per cui mi focalizzo sulla mamma e sulla figlia. Effettivamente sarebbe molto interessante sentire anche il punto di vista di questo figlio. Cercherei nei primi colloqui, attraverso l'anamnesi familiare riferita da madre e figlia, di capire il punto di vista del fratello e i suoi eventi di vita significativi. Andrei cauta nel coinvolgerlo fin dall'inizio nel percorso valutativo, proprio perché ha 12 anni. Il mio timore è quello di renderlo parte del problema o comunque, dato che è così bravo, di responsabilizzarlo in relazione alla fase che sta vivendo la sorella, data l'idea che questa mamma fatichi a vedere i suoi figli come dei pre-adolescenti.



*Domanda 8:* questi diari clinici, che in pratica sono assegnati a madre e figlia, vengono portati manualmente al colloquio?

*Giustina:* Tendenzialmente li farei compilare quando si fa l'ipotesi di iniziare un percorso individuale, una valutazione. Anche perché sono anche strumenti di valutazione. Rispetto al comportamento alimentare permettono, per esempio, di comprendere con che frequenza vengono messi in atto, che tipo di emozioni sperimenta quando passa a questo tipo di agito.

I diari vengono portati manualmente e visionati e si lavora su quelli. Non è un diario giornaliero, la ragazza segna gli eventi significativi per lei.

Aggiungo poi che alla fine del colloquio chiederei le aspettative di entrambe, quelle di Anna non sono espresse. La madre vorrebbe un miglioramento scolastico e magari che frequentasse un ragazzo diverso. Quelle di Anna non si capiscono, magari vorrebbe coinvolgersi in un percorso di valutazione. E' un momento delicato di aggancio di Anna. Utilizzerei uno spazio di più colloqui per permetterle di sentirsi più a suo agio, e poi magari di maturare assieme la possibilità di un percorso assieme.

*Ravasini:* Di solito quando viene chiesta una presa in carico della famiglia, ci si muove in base al processo di aggancio della situazione clinica. L'approccio sistemico legge il portatore del problema come il segnale di un malessere più diffuso, che viene espresso all'interno di un sistema di appartenenza. L'oggetto di osservazione è la famiglia e le dinamiche relazionali attraverso cui il portatore del problema esprime una sofferenza che è solo sintomatica. Lo spazio di consulenza che ci ritagliamo con la famiglia è finalizzato a poter giungere ad una lettura diversa di questa sofferenza che viene portata con dei significati condivisi. Dato che ci viene inviata questa famiglia per una consulenza, presumo che l'invio sia esteso a tutti i membri della famiglia, compresa potenzialmente anche la nonna che sembra essere una figura molto importante in questo sistema familiare. Il modello che attiviamo come intervento è molto integrato; il nostro

modo di lavorare è a un livello del tutto complementare a quello individuale. Quindi le riflessioni di Ada e Lucia sono per me molto stimolanti. Le prime riflessioni riguardano l'identità di questa famiglia che in qualche modo è sconvolta, chiede di essere ridefinita, come prima criticità, all'interno di una fase di vita di Anna, fase in cui a quest'ultima viene chiesto un nuovo compito evolutivo: acquisire una sua identità. E', infatti, nella fase adolescenziale che avviene questa ridefinizione. Sembra che ad Anna venga richiesto un doppio salto carpiato: chi sono io in questo particolare momento della mia vita e all'interno di un contesto familiare la cui identità è stata sconvolta e che cerca di trovare una nuova definizione? Dal punto vista genitoriale e coniugale, è una famiglia separata fisicamente ma anche nella relazione: con questa realtà sia tutta la famiglia che Anna sono chiamate a fare i conti. La sensazione è che in questa famiglia ci siano tanti non detti; per l'attività che Giuseppe portava avanti, ci si chiede quanto ci fosse di condiviso e di non esplicitato da parte della mamma. Sembra che all'interno della famiglia regnasse una sorta di omertà: c'era un livello agitato di vita, ma non ci si facevano troppe domande, perché era bene non andare a rompere le uova nel paniere. Però alla fine quando i giochi si sono svelati, la sensazione è che ci sia stato un capro espiatorio e su questo capro espiatorio (Giuseppe) la famiglia si è ridefinita. Sembra emergere quanto, invece, sia importante andare a tastare cose che non vengono dette, perché queste pesano a livello emotivo sul sistema familiare. Le domande che mi vengono in mente: quant'è la paura di tradire la famiglia? Quanto c'è bisogno di dare lealtà a questa famiglia che in qualche modo è stata tradita? Altra riflessione: c'è un doppio messaggio che lega i membri della famiglia? Anna, in questo ambito, può essere il membro più esposto? se parlo tradisco il mio contesto, i miei affetti, perché devo dire cose anche scomode, e se non parlo sono leale con tutti e non tradisco nessuno, però rimango con un livello di sofferenza molto agitata. Mi chiedo anche quanto Anna si senta l'elemento che ha unito i genitori, che si sono sposati perché la madre era incinta. Anna sembra il portatore dell'unità di questa famiglia, per cui mi chiedo che tipo di mandato senta rispetto al sentimento di unità della famiglia.

Mi interessa riflettere su tutti i sistemi che Anna ha attorno a sé: famiglia, amici, adulti. Indagare quanto questi sistemi sono presenti nella vita di Anna. Indagare sul mondo degli insegnanti che sono poi adulti di riferimento per lei. Sono adulti significativi in un momento di criticità che sta vivendo. Il mostrare interesse da parte degli insegnanti può essere un fattore protettivo nei momenti di difficoltà, quindi indagare se questo sistema può essere una risorsa a cui attingere per comprendere e sostenere le difficoltà che Anna sta portando. E poi valutare il livello di integrazione di questa famiglia nel nuovo contesto in cui si sono insediati. Questo vale per Anna e per Franco che è l'elemento meno rumoroso, forse anche perché c'è la sorella che fa rumore, però questo non vuol dire che anche lui non abbia un livello di sofferenza, se pur poco espressa. L'altro punto è, quindi, cercare di comprendere nei colloqui clinici il legame fraterno, per valutare che tipo di comunicazione c'è in questo ambito. Ci sono 2 anni di differenza tra Anna e Franco: il loro è, secondo la letteratura sul tema delle fratrie, un legame ad alto accesso, in cui si ipotizzano sostegno e comunicazione; questo rapporto potrebbe essere una risorsa per i ragazzi. Ciò vale anche per questo caso? E quali ruoli sono assegnati a ciascuno dei due fratelli?

Un'altra riflessione riguarda i miti familiari, tipo "siamo una famiglia unita", "siamo leali"; è opportuno rilevare all'interno dei colloqui clinici quale sia il mito di questa famiglia, capire che tipo di idea definisca il "chi siamo noi come sistema familiare", perché tutti i membri sono chiamati a fare i conti con questo genere di aspettativa, e, se in qualche modo non ci si conforma ad essa, si ha la sensazione di tradire; ecco, quindi, comprendere che tipo di mito c'è e quanto può essere ridefinito alla luce degli eventi degli ultimi anni, per poter dare modo alla famiglia di esprimere un diverso bisogno, perché la famiglia in qualche modo si sta ridefinendo. Se io ho l'idea che noi dobbiamo essere uniti e ho la percezione che la mamma si vuole separare dal papà che si trova in carcere, provo la netta sensazione di una disgregazione e quindi questo tipo di trasformazione viene vissuta in modo angoscioso, negativo; è, di conseguenza, importante aiutare la famiglia e sostenerla nella sua ridefinizione e forse anche dare un messaggio di continuità,

integrando il pezzo di famiglia che è stata giù in Calabria e che adesso è a Parma, con il pezzo di famiglia che è rimasta giù. Qui si apre tutto il tema delle famiglie di origine, famiglia di origine che sembra essere molto presente in Elisa e che sembra invece essere inesistente dalla parte di Giuseppe. Sembra che tutta questa parte non esista, mentre, invece, è una parte importante per l'identità della famiglia: è, quindi, bene presentificarla, anche se si trova altrove, perché il rischio è quello di escludere un pezzo di identità, quello della famiglia paterna, che emotivamente e cognitivamente condiziona pesantemente: è proprio per questo sistema di appartenenza che Elisa e i figli sono arrivati a Parma con un senso di vergogna. E' bene capire quanto riescono a comunicare tutto ciò nel sistema delle relazioni significative e quindi capire anche che tipo di conti ci stanno facendo. Se questa storia è comunicabile, è anche possibile farci i conti. Questo rispetto sempre al tema dei non detti o della dicibilità.

Un ultimo stimolo è quello relativo ai ruoli: i membri di questa famiglia hanno bisogno di essere aiutati a riappropriarsi del proprio ruolo? La sensazione è che in qualche modo Elisa abbia un po' delegato il suo ruolo materno alla madre; l'altro aspetto è quanto abbia delegato il ruolo educativo alla scuola (ma questo è un punto di domanda). Forse perché Elisa si è trovata ad assumere in età molto precoce il ruolo di madre, si può fare l'ipotesi che lei fosse a quel tempo ancora soprattutto figlia e che fosse ancora molto dentro alla sua famiglia di origine, e ci si può chiedere quanto si sia individuata rispetto ad essa, quanto si sente mamma e quanto si sente ancora figlia. Tant'è che sua mamma ha vissuto sempre con questa nuova famiglia e quindi questa nonna è un sistema importante da considerare; penso che, se non la si coinvolge, potrebbe boicottare parte del lavoro clinico. Forse Elisa ha bisogno di sostegno nella sua identità di madre ed è pertanto rilevante evidenziare il suo legame con la propria mamma. Nel corso di alcuni colloqui penso che si potrebbe conoscere questa nonna e mettere in luce le dinamiche in cui è coinvolta e che lei attiva, considerando il suo ruolo significativo all'interno del sistema familiare oltre che educativo.

*Vanni:* Chiedo anche a te come concretamente ti muoveresti.

*Ravasini:* L'input iniziale, che comunichiamo anzitutto all'inviante, è che l'invito è rivolto a tutti i membri della famiglia. Al primo colloquio si osserva chi si presenta e chi si esclude, si cerca di valutare quindi in quale modo la famiglia si presenta nella sua identità, e si lavora perché siano stimolati a partecipare ai successivi incontri anche gli assenti. Poi l'obiettivo del lavoro di consulenza, che si svolge nel corso di 5 colloqui, è di valutare il coinvolgimento di tutte le figure, proprio perché ognuna ha una visione: l'importante è poterle integrare e coinvolgere, perché ad esempio, questi 4 membri (Franco, Anna, Elisa e la nonna) convivono tutti in una stessa casa e costituiscono un sistema che ha in essere una sua idea, sono una famiglia.

*Vanni:* La nonna in questo momento non convive con loro, è rimasta in Sicilia.

*Ravasini:* Avevo capito che li avesse raggiunti qui a Parma. Ho letto male io. Questo è importante. Si lavora, poi, con i membri che sono in seduta e si presentificano con le diverse modalità quelli che non riescono a parteciparvi, perché comunque hanno un loro punto di vista e quindi devono anch'essi rientrare nel lavoro clinico. Si può, in questo caso, ipotizzare anche uno spazio individuale per Anna: lei ha una serie di carichi che si trova a dover gestire, e forse è bene che possa avere uno spazio personale e privato dentro cui confrontarsi.

*Vanni:* Questo successivamente a questa prima rilettura che sostanzialmente è familiare.

*Ravasini:* Sì; a volte accade che la persona che porta un sintomo abbia già iniziato un percorso individuale e la consulenza alla famiglia avvenga in un secondo momento. E' poco influente questo. Il percorso che può fare Anna è un percorso integrativo rispetto a quello familiare.

*Domanda 9:* Di domande ne ho diverse. Mi è piaciuta molto l'ultima analisi, molto approfondita. Mi ero fatta delle idee, anche più superficiali. Ora mi chiedo come questa donna, che in Calabria faceva la signora ed aveva l'aiuto della propria madre, possa far fronte alla gestione dei figli qui, dove deve lavorare ed è sola. Ci si poneva il problema del fatto che vede questi bambini non come bambini, ma come adulti. Credo sia lecito chiedersi come venga gestita questa cosa, se i bambini sono o meno adultizzati. Viene da domandarsi se Anna si sobbarchi del lavoro, mentre giù non era così, e se magari debba anche sostenere la mamma nelle sue difficoltà. Questa separazione a distanza non può che creare ulteriori problemi ai ragazzi; il papà, che anche a me dava l'idea del capro espiatorio, improvvisamente diventa un mostro, ma i bambini magari gli vogliono bene. Non sappiamo com'era come papà. Non sappiamo se lei ha trovato un altro compagno, e credo che anche questo possa essere rilevante, anche al fine della sua vita personale. C'è anche il fratello a Parma. Ha un ruolo nella vita familiare, nella gestione dei ragazzi? Tra i due fratelli è bene stare attenti anche a quello che non fa rumore, che magari ha un carico eccessivo sulle spalle. Credo si potrebbe parlare di lui o con lui, informarsi su queste cose.

*Domanda 10:* Nel caso ci fosse un genitore in carcere può lo psicologo che prende in carico la famiglia avere contatti anche con il genitore in carcere?

*Labanti:* Se è uno psicologo del servizio pubblico credo non ci sia nessun problema, per uno psicologo privato non lo so.

*Vanni:* Credo non sarebbe comunque semplicissimo.

*Labanti:* Non lo è mai, anche perché potrebbe avere delle restrizioni particolari.

*Ravasini:* Esiste un'équipe 'Carcere' che contempla un supporto psicologico per chi è in una situazione di detenzione.

*Labanti:* Solo se tossicodipendente o alcool dipendente, però. Gli unici che possono usufruire di supporto psicologico sono quelli con qualche forma di dipendenza certificabile.

*Ravasini:* Sarebbe interessante la possibilità di raccogliere una visione del papà, distanza e questioni istituzionali permettendo, proprio perché, anche se possono essere sanzionabili alcuni aspetti, c'è un'identità di quest'uomo che è quella paterna che deve essere salvata, che deve essere integrata rispetto all'identità familiare. Potrebbe essere interessante anche conoscere la famiglia di origine di quest'uomo per capire quanto è stato libero di scegliere certi suoi comportamenti e per poter integrare questa figura paterna in un contesto anche di appartenenza e di dinamiche più allargate. Sappiamo che il contesto della famiglia a volte non lascia molte libertà di scelta nel portare avanti certi mandati famigliari.

Le riflessioni sulle domande precedenti portano elementi che condivido pienamente. Dimenticavo che, essendo il fratello di Elisa a Parma, sarebbe opportuno indagare su quale tipo di legame ci sia con questo fratello, quanto sia importante, come possa essere usato come risorsa all'interno di questa rete familiare e condivido pienamente l'ipotesi di poter sostenere Elisa, perché la sensazione che si ha è che si trovi a fare fronte, come donna e come genitore, ad una serie di criticità che fino a qualche anno fa in qualche modo condivideva con la mamma. Si trova, pertanto, ad avere un carico molto grande e mi chiedo quanto si senta in grado di sostenere questo tipo di ruolo, quanto si senta legittimata, quindi potenzialmente potrebbe essere importante aiutarla a ridefinire questa fase e questo ruolo.

*Labanti:* Mi chiedevo come sia percepito che una persona affiliata ad un'organizzazione come la 'Ndrangheta, decida di separarsi. Non è tanto ben visto forse da una famiglia del genere. Quando dice che si sono trasferiti perché era pericoloso, non so se era più pericoloso restare là o venire qua, per dire quanto poi in realtà la percezione del rischio, il livello di contatto che si può

prendere con certi aspetti della realtà è stato visto solo da un punto di vista.

*Giustina:* In relazione a quello che diceva Alessia sui ruoli. Anna è in una fase evolutiva, sta costruendo la sua identità, c'è lo sviluppo sessuale, ha cambiato scuola, ci sono tutta una serie di riadattamenti significativi, oltre al fatto che si è separata dal padre in questo modo non condiviso, in più la mamma ha perso il ruolo di moglie, di figlia e ha acquisito un ruolo sociale attraverso il lavoro. Colpisce il fatto che entrambe si trovano in fasi di trasformazioni critiche, per cui ti domandi anche quale sia la base sicura per questa mamma, che accenna al fratello, ma che sembra disorientata rispetto ai suoi punti di riferimento, che era la famiglia di origine, così saldi quando era in Calabria.

*Vanni:* Credo che diversamente dalla volta scorsa si siano viste molto le differenziazioni. Ada Labanti ha centrato molto il bisogno di andare al rapporto diretto con Anna, cercando anche di liberare il campo rispetto alla presenza materna. Lucia Giustina ha tenuto presenti le due cose in modo abbastanza parallelo, almeno in una prima fase, immaginando poi un approfondimento che riguardava la figlia. Alessia Ravasini è partita da un'idea di coinvolgimento familiare anche oltre i due personaggi che si sono presentati per andare da questo sistema ai sottosistemi individuali. Abbiamo visto notevoli differenze, complessità e molti aspetti che inizialmente non avevamo colto. Ognuno ha illuminato aspetti diversi della questione.

## **2° CASO – Franco**

*Franco ha ventuno anni e si presenta da uno psicoterapeuta in uno studio privato. Racconta che il nome l'ha trovato sua mamma.*

*Sono la mamma e il papà di Franco che da tempo gli suggeriscono, pazientemente, di parlare con qualcuno e che finanziano le sedute. E' figlio unico di un papà professionista e mamma casalinga.*



*Non fa nulla Franco, non studia e non lavora, anzi, per la verità fa tre cose: suona e compone i testi in un gruppo, sta con Lia e fuma molte canne.*

*La musica è la sua ragione di vita ma Lia anche di più. Le canne poi sono una presenza importante da diversi anni. Le tre cose sono intimamente legate fra loro per lui.*

*Lia è la ragazza che agognava da anni e che, da poco tempo, ha deciso di mettersi con lui. Non ha occhi e parole che per lei, la sua vita, dice, si è capovolta da quando stanno insieme. Un sogno che si realizza. Le canzoni sono tutte ispirate a lei e fumando vengono meglio. D'altra parte anche i suoi compagni di musica fumano ed anche il suo grande amico, Lollo, da poco trasferitosi a Milano per l'Università, fuma parecchio. Ma Franco fuma anche da solo, in camera. I suoi lo sanno e pensano che sia espressione di disagio ma anche di un'anima artistica.*

*Franco viene a portare un problema. Pur essendo strafelice con Lia, la sua vita non si è risolta. Capisce che probabilmente non diventerà un grande cantante, capisce che a 21 anni qualcosa di più concreto andrebbe fatto: lavorare? studiare? Non capisce bene cosa vuol fare di sé nel futuro stante che non sarà Bob Dylan e, forse, fare solo 'quello che sta con Lia' è un po' poco. Ha poi sempre paura di perderla, quando sono fuori insieme teme che qualcuno gliela porti via.*

*Poi c'è il fumo. E' vero che fa tanto 'artista' ma è anche vero che lo tiene un po' in una nuvoletta fuori dal mondo....*

*Vanni:* Darei a Lucia la possibilità di dire per prima che cosa pensa, che cosa ha sentito. Questo è un pò il testo di un primo colloquio, con Franco che è venuto da solo da un terapeuta.

*Giustina:* In questo caso mi colpisce il fatto che Franco, a differenza di Anna, porti un problema, anche se mi sembra che la terapia o lo spazio di consulenza sia stato suggerito dei genitori. Quindi mi incuriosirebbe anche il punto di vista dei genitori rispetto al problema di Franco, e a loro detta, il perché sta così in questo momento, perché è in questa fase di stallo. Nel primo colloquio esplorerei, insieme a Franco, quella che è la sua teoria

rispetto alla sofferenza, perché lui porta un problema, però non riesce a spiegare da cosa nasce questa difficoltà a pensare a un progetto. Esplorerei quelli che sono tutti i vissuti emotivi rispetto alla costruzione di una identità, di quelli che sono interessi oltre alla musica, ipotetici interessi, che gli possono permettere una maggiore autonomia e svincolo dalla famiglia. Mi sembra che Franco, verso la fine del resoconto, problematizzi questo suo momento di paralisi e di difficoltà ad autonomizzarsi, quindi la sensazione che ci siano delle risorse e nonostante sia stato spinto dai genitori che sia cosciente di un legame di dipendenza da questa Lia e del fatto che forse la musica, le canne e Lia non possono bastare rispetto ad un progetto esistenziale. Utilizzerei con lui lo strumento degli ABC per capire quali sono per lui i momenti di difficoltà in cui questo passaggio all'azione diventa complesso, e poi utilizzerei i diari clinici per capire quando fa uso di canne, in che circostanze e con quale frequenza, anche per ipotizzare un possibile abuso, se non dipendenza, da cannabinoidi, cercando di esplorare con lui quali sono i vissuti dei momenti in cui non può utilizzare la sostanza, se c'è quasi uno stato di astinenza psicologica dalla canna. Da una parte ho dei dubbi rispetto alla possibilità di stare su uno spazio di consulenza solo con Franco, perché avrei paura di colludere rispetto a dei genitori che mi sembra abbiano scelto non a caso un contesto di tipo privato, perché sanno dell'uso dei cannabinoidi del figlio, e quindi mi sembra una scelta da parte della famiglia per evitare che questa fase problematica di Franco sia alla luce del sole, e quindi richiedono una consulenza affinché questa fase venga superata in modo efficace. Però non si riesce a capire che ruolo loro possono assolvere, se sentono di poter avere un ruolo di sostegno, di comprensione maggiore del suo disagio. Già mi metterebbero probabilmente in crisi i genitori per il fatto che l'hanno direttamente portato e lasciato lì. Mi chiedo anche se lo stanno aspettando fuori dal colloquio, se gli chiederanno qualcosa rispetto ai colloqui... cioè mi sembra anche che ci sia un'ansia da parte di questi genitori e forse anche una certa impotenza che porta a delegare, a chiedere una consulenza professionale. Però dato che Franco rispetto ad una costruzione dell'identità, ad una progettualità è ancora agli inizi,

avrei il desiderio di coinvolgere questi genitori per aiutare Franco in questo processo di autonomia. Non ho ancora ben chiara la modalità, però terrei nell'anticamera del cervello la possibilità di coinvolgere, dopo una fase di aggancio di Franco, in cui cerchiamo di capire assieme il problema, cercherei con lui l'alleanza per poter capire come i suoi genitori possono essergli di sostegno. Poi indagherei probabilmente, sia al primo colloquio che al secondo, il rapporto con questa Lia, perché sembra un aspetto determinante per l'identità di Franco. Ci si domanda senza questa ragazza che tipo di scopi possa avere nella vita. Fra le righe si legge anche una certa ansia e preoccupazione rispetto all'abbandono, esplorerei quindi con delle domande quelle che sono le fantasie di Franco nel momento in cui non fosse fidanzato, come si rappresenta Franco da solo, in un'ottica costruttivista. L'ipotesi è che lui si rappresenti come debole da solo, che abbia una certa paura del mondo, che abbia bisogno fortemente di questo appoggio.

*Vanni:* Domande, osservazioni?

*Domanda 1:* Per Franco la canna è una presenza importante da diversi anni. Quindi chiedere quando ha cominciato, come e perché...

*Giustina:* Sì, io ho dato per scontato, per il contesto in cui lavoro, la storia tossicomantica

*Domanda 2:* A che età e a che cosa si è avvicinato? perché magari ci sono stati dei passaggi diversi di sostanze. A che età, in che momento, che contesto c'era in quei momenti anche per capire i passaggi. Mi sembra molto importante questo per lui.

*Giustina:* Sì, anche perché poi lui effettivamente problematizza l'uso, quindi c'è già un aggancio importante rispetto alla storia tossicomantica. Però generalmente si mette in relazione agli eventi di vita, negli anni precedenti, non legati solo al primo contatto, perché molto significativa è anche la fase in cui

non c'era un primo contatto, ma la fase in cui l'uso diventa centrale, aumenta di frequenza e diventa poi indispensabile. Perché poi il rischio è di, appena si coglie l'utilizzo di cannabinoidi,... si rischia di individuare subito una dipendenza che soprattutto in una fase adolescenziale può essere una fase transitoria. Quindi è importante capire se si è passati e quando da un uso sporadico che poi magari, come capita a molti adolescenti, anche in base alla compagnia che si frequenta, viene mollato senza avere nessuna sorta di trauma. Questo per dire quanto è importante sul piano clinico il passaggio da un uso sociale a un uso magari solitario. Mi sembra di capire che Franco faccia uso anche da solo, quindi ha iniziato a diventare una compensazione rispetto ad altri aspetti deficitari che in questo momento sono complessi per lui. Il rischio è che l'uso di cannabinoidi arresti il superamento dei conflitti evolutivi e che Franco ne abbia fatto ricorso perché rispetto ad alcuni conflitti evolutivi ha difficoltà.

*Domanda 3:* A 21 anni è già una cosa molto importante, potrebbe voler dire che il suo primo approccio potrebbe essere avvenuto a 13 e 14 anni. In che momento è avvenuto e come e perché, in che momento si è consolidato e come e perché e via... Quindi i passaggi sia per lui e in quale contesto.

*Giustina:* Sì, anche perché sul piano clinico i pazienti si ricordano proprio a livello qualitativo la differenza rispetto a quando facevano uso magari 1 volta ogni 2 settimane in compagnia e quando ad un certo punto, diventa veramente diverso il rapporto con la sostanza. E sul piano appunto clinico ci dà spunti importantissimi, Se si riesce, insieme a Franco, a ricostruire cosa stava vivendo in quella fase, possiamo poi lavorarci.

*Domanda 4:* Volevo sapere anche se la ragazza fa uso con lui. Non so se è rilevante.

*Giustina:* Sì, può essere utile anche per capire quanto le sostanze fanno da collante anche alla relazione, se ci sono altri elementi che uniscono questa coppia, che bisogni hanno queste

persone...

*Vanni:* Anche che funzione ha magari nei confronti del fumare di Franco.

*Giustina:* Sì, è anche un'indicazione rispetto alla motivazione al trattamento nel caso Lia non fumasse, nel senso che nel momento in cui Lia prendesse una posizione molto perentoria l'idea è che Franco tenti in tutti i modi di prendere distanza dalle sostanze, perché sembra che la dipendenza primaria sia da Lia.

*Ravasini:* Porto alcuni stimoli pensando ad un colloquio con papà, mamma e Francesco. Mando alcune immagini. Oggi queste situazioni le approccio un po' diversamente, nel senso che, rispetto anche alla consegna che Fabio ci aveva dato e cioè di portare pure le nostre emozioni, a questa situazione mi sento di avvicinarmi di pancia più di quanto avrei fatto prima. Quindi, dando per scontate una serie di informazioni, ad es., come sia composta questa famiglia, mi sono venute in mente due parole: sciopero e vergogna.

A proposito del tema dello sciopero: Franco sembra sia un po' in sciopero nelle decisioni, in una moratoria. La domanda è per chi questo costituisca un problema. Franco viene sponsorizzato nei colloqui clinici, ma chiedo di pancia: per chi è il problema che Franco porta? E' di Franco o dei genitori o di Lia? Quindi mi sembra importante cercare di comprendere come i diversi membri percepiscano questa situazione, per chi o in quale misura costituisca un problema. Una curiosità che opportunamente emerge riguarda il tipo di scuola precedentemente frequentata da Franco, per capire quali possono essere state o siano ancora le aspettative dei genitori sulla strada che avrebbe dovuto intraprendere, magari era una scelta di studi che doveva portare a ripercorrere le orme paterne... E quindi emerge il problema dello scegliere. Sento Franco molto adolescente, tardo adolescente, immaturo emotivamente: lo vedo bloccato ad una fase evolutiva precedente ai 21 anni. Su questo

blocco, su questa moratoria, bisognerebbe starci su. Mi chiedo poi quanto questi genitori si sentano coinvolti. Il bisogno, quindi, di conoscerli, sapere come stanno, se comunicano preoccupazione, sostegno, affettività, rabbia ... Se dovessi mettermi nei panni di questi genitori, io sarei arrabbiato nei confronti di questo figlio che non sta facendo nulla. Qua però la sensazione è che questi genitori siano molto light, precisi, distaccati, comprensivi, non ansiosi insomma. Questa è una mia impressione, adesso ragioniamo un po' più di pancia. Mi chiedo com'è che in questa famiglia la rabbia viene espressa. C'è un figlio che non sta facendo nulla non si sa da quanto tempo, ma la sensazione è che questi genitori non è che lo chiamino a fare delle scelte di vita. Si focalizzano eventualmente sul fumo, che poi, dicono, non è tanto un problema perché magari è espressione di un'anima artistica... mi incuriosisce come all'interno di questa famiglia si veicolano le emozioni e le sensazioni.

Il tema della vergogna è collegato a quello dell'immagine che la famiglia vuol dare di sé. Me la immagino come una famiglia molto formale, che ha uno status che senz'altro è un aspetto importante della sua identità. Una domanda che mi viene è quanto Franco sia provocatorio rispetto a questa immagine di famiglia, e quindi mi sembrerebbe opportuno approfondire la percezione che i membri hanno di questa famiglia, per conoscere quanto eventualmente Franco stia in qualche modo anche agendo azioni passive-aggressive o di ribellione rispetto a questo tema. Un altro aspetto da esaminare è quello dell'utilizzo della sostanza: mi chiedo quanto sia per Franco anche un modo per non pensare. Mi chiedo se lui dovesse iniziare a pensare cosa accadrebbe, cosa dovrebbe pensare. Franco diceva che il fumo lo fa sentire come in una nuvoletta fuori dal mondo. Sarebbe anche interessante capire cosa è che lo spaventa. Se dovesse pensare, quali sono per lui i problemi che in qualche modo gli creano ansia? Mi sembra che questo non dover pensare sia parallelo al non pensare dei genitori, che hanno cercato di risolvere la questione in modo molto asettico: c'è un esperto dell'adolescenza, ti porto lì, ti sponsorizzo, tu ti risolvi il problema senza andare troppo nel pubblico dove ci sono problemi di visibilità. Lo portiamo nella stanza del terapeuta il problema, e lui ci restituisce il

figlio pulito, così si inserisce di nuovo in questo percorso esistenziale, senza sporcare troppo, senza creare troppi scossoni. Questa è un po' la solita modalità che ci viene richiesta: aiutateci senza cambiarci. Franco ha questo tipo di richiesta: guarisci senza cambiare tutto quello che c'è attorno. Mi chiedo quanto questa cosa possa creare rabbia in lui. E' un'emozione che mi risuona. A differenza dell'altra situazione che generava una serie di vissuti, molto più catastrofici, angosciosi, difficili, complessi, emotivamente articolati nella loro gestione, però espressi, qua la sensazione è che i vissuti più negativi siano un po' scomodi da dover esplicitare, da portare alla luce del sole e che quindi non siano molto espressi.

*Vanni:* Immaginiamo che rispetto alla tua convocazione a tutta la famiglia, però si presenti solo lui, al primo colloquio, cosa faresti, come potresti muoverti? Immagino intanto faresti il colloquio con lui, ma poi come coinvolgeresti, eventualmente, gli altri?

*Ravasini:* Intanto potrebbe essere un obiettivo del lavoro anche poter coinvolgere i genitori, per cui se questi fanno fatica a lasciarsi coinvolgere perché pensano che il problema non sia loro, ma che il problema sia di Franco, l'obiettivo è quello di ragionare con Franco sul tipo di percezione che lui ha delle relazioni familiari, su che tipo di comunicazione ha quando richiede aiuto o sostegno, quando manifesta preoccupazione, o come vengono comunicati i suoi bisogni all'interno della famiglia. Lavorerei su questo perché mi chiedo quanto ci sia l'attenzione sulla comunicazione dei propri bisogni, e quindi su quanto Franco anche riesca a esplicitarli ai suoi genitori e anche quanto loro riescano ad ascoltarli e a mettersi sulla stessa frequenza d'onda. Quindi sosterei forse questo giovane nel cercare di comunicare in modo più emotivo le sue necessità e i suoi bisogni, non quelli più formali e concreti, ma i suoi bisogni più emotivi, affinché questi genitori possano in qualche modo lasciarsi coinvolgere maggiormente. L'ipotesi è che questi genitori facciano molta fatica a stare in ascolto dei bisogni emotivi, e su questo

necessitino di essere aiutati e coinvolti.

*Domanda 5:* Sono d'accordo sul fatto di coinvolgere i famigliari, anche se per me è più importante la figura di Lia. In fondo i genitori pagano la seduta, quindi mi pare siano d'accordo sul fatto che c'è un disagio. Sia per il figlio che per loro. Non so fino a che punto possa servire indagare quello che pensano i genitori. Io non mi concentrerei così tanto su questo. Io penso di più ad un approccio diretto con il ragazzo, vedendo quello che sono le sue emozioni quando fa uso di droga, quello che vorrebbe, visto che si accorge anche lui che nella sua vita c'è un po' poco, capire quali possono essere le sue aspirazioni future. Mi chiedevo cosa possa portare questo concentrarsi molto sulla famiglia in questo caso.

*Ravasini:* L'ipotesi che si viene a creare è quella di Franco come persona poco competente del proprio mondo emotivo, quindi in qualche modo è come se fosse poco fiducioso di poterlo esplorare e starci a contatto, perché è un mondo del quale non ha molta capacità di lettura e interpretazione, di cui non conosce il funzionamento. Quindi con questa cecità diventa difficile fare delle scelte: se non so chi sono, cosa desidero, cosa sento, cosa voglio, se io ho questa idea di fare qualcosa di... di stare sull'orlo del piacere, del desiderio, poi fare delle valutazioni più realistiche diventa difficile. Questo bisogno di stima, di sicurezza si gioca ... su delle cose ... su un palcoscenico che avrà una durata di un tempo molto limitato ... sembra un palcoscenico fatto di cartapesta. Questi bisogni devono fondarsi su basi un po' più solide emotivamente. Ho la sensazione che Franco faccia molta fatica a stare su questo tipo di ascolto; l'ipotesi è che probabilmente anche i suoi genitori facciano fatica a stare a contatto con questo tipo di livello emotivo; forse un'occasione in più che si può dare a questa famiglia, attraverso le difficoltà che Franco porta, è che tutto il sistema familiare, attraverso questa occasione di moratoria del figlio, possa ripensare a come i vari membri si stanno comunicando il proprio mondo emotivo, presenza, affetto in modo che sia per tutti un'occasione per



crescere. La sensazione è che siano tutti isole un po' a sé: la mamma casalinga, il papà che sta tutto il giorno a lavorare, Franco che fuma per non pensare... E' la sensazione di una famiglia un po' disgregata. Mi chiedo se non sia opportuno cogliere l'occasione di Franco non tanto per lavorare su lui stesso, quanto per dare l'opportunità alla famiglia di ripensarsi sul modo con cui stanno costruendo le loro relazioni e su come comunicano i loro bisogni emotivi.

*Giustina:* Io penso sia importante anche capire il legame con i genitori perché il legame con la ragazza è un po' una riedizione del legame con le proprie figure di riferimento che sono quelle genitoriali. Quindi esplorerei anche le relazioni con i genitori per comprendere meglio questo iperinvestimento su Lia. Ci sarà un'attenzione alle relazioni famigliari anche per comprendere le ansie legate alla separazione.

*Vanni:* Interessante è quello che diceva Lucia, molto simile a quello che diceva Ada rispetto al caso precedente. Un modo direi a cipolla: prima stiamo sull'aspetto più evidente della domanda, senza necessariamente pensare a problemi psicopatologici, immaginando che le questioni possono avere a che fare con temi evolutivi presenti in questo momento, questioni mobili. Ada, a te la parola.

*Labanti:* In questo caso è davvero fondamentale la paura di Franco di perdere Lia, perché l'innescò di qualcosa di vero. Sono d'accordo con loro di questa nuvoletta in cui si è messo, io mi faccio la fantasia che a partire dall'adolescenza, ha iniziato a costruire questa cortina fumogena con questa nuvoletta che perdura tutt'ora. Lui si è fatto tutta la sua fase di adolescenza dentro a questa. Ma tutto sommato mi sembra senza infamia e senza lode. Questo ragazzo me lo immagino come un ragazzo abbastanza figo, che anche per i genitori è abbastanza cool. Finché c'è la nuvoletta non va neanche male, però Lia è fuori dalla nuvoletta. Lui è dentro alla nuvoletta però va anche in giro per il mondo. Cosa succede se... è la domanda che lui ha dentro di sé...

quando esco dalla nuvoletta e se esco? Non riesco a vederci niente di psicopatologico nella sua paura di perdere Lia, se non l'innescio di quella che potrebbe essere la sua reale vibrazione, ma quella che lo porta fuori dalla nuvoletta, quella che lo porta ad interrogarsi sul cosa mi succede se...e quindi interrogarlo sul suo aspetto di aver tirato a campare. Ha vissuto bene o male, più bene che male fino ad ora, e adesso? In più c'è questa famiglia dove non sembra ci sia traccia di conflitto mai. Cosa succede se si impatta con qualcosa che è minimamente perturbante? I genitori dicono "Si magari c'è un disagio, ma va bè, è un artista...". Io, pur con i miei trascorsi di SerT, io proprio a questa cosa qui delle canne non ci avevo nemmeno pensato. Per me le canne erano una nuvola di fumo, come se non sentissi nemmeno una problematicità espressa attraverso questo. Sarò io che sarò sempre più light del necessario, però è una cosa proprio comportamentale, una cosa... un comportamento che si potrebbe riuscire a mollare domani se si riuscisse a pensare ad uno sviluppo, ad una definizione, una valutazione del sé che vada verso un incontro con una realtà vera, dove posso comunque uscirne vincitore, per lo meno non sconfitto. Cioè potersi immaginare che fuori da questa nuvoletta non ci siano necessariamente i leoni acquattati che lo divorano. Certamente chi si fa una bella moratoria evolutiva di 5 o 6 anni dentro la propria nuvoletta, una certa difficoltà di contatto con le proprie emozioni, con le proprie sensazioni, con l'aspetto del reale, di quel reale fuori, perché tanta parte del suo reale sarà portato dentro, questo aspetto qui va un po' incentivato. Cominciare a farlo entrare in contatto con questi aspetti di sé; un po' la paura, ma che fa ben sperare, un po' comincia a sentire che non può essere sempre tutto bello, sempre solo tutto figo. E' questo che mi fa dire "Benissimo, sono riuscito a stare dentro questo mondo piuttosto regressivo, piuttosto confermate dove ci si confermava reciprocamente io e i miei, però io cosa valgo poi?" Come se cominciasse un pochino a dirsi "Lia ok, sta con me, sono figo, ma se poi andiamo fuori nel mondo io avrò abbastanza valore da poterla attrarre lo stesso, oppure vede uno più figo di me e se ne va?". Quando si dice che Franco viene a portare un problema, penso venga o portare se stesso... e mò, cosa faccio io con 'sta roba qua? Non mi

sembra che ci sia una sofferenza in questo ragazzo. Sarà che per me problema uguale sofferenza, probabilmente non è vero. In questo caso invece la sofferenza non la sento molto. Sì, è un po' smarrito, un po' stranito, un po' spaventato, perché la cosa bella che c'è oggi e che domani potrebbe non esserci se io non me la so tenere stretta, Lia, potrebbe non esserci più. Quindi per me è un indicatore grosso quello della paura, perché è un'emozione grossa, come probabilmente qui andare accanto alla rabbia se ne tira fuori a bizzeffe. Perché non so, in questo piccolo racconto di conflitto non ce n'è traccia... O ha funzionato molto bene questa nuvoletta per tutti; ha obnubilato tutti quanti, o da qualche parte ce ne sarà pure. Io ai genitori non ci pensavo proprio. A 21 anni poi assolutamente. Uno poi che deve cominciare a parlare... Non dico che i genitori non abbiano bisogno di riflettere su certe cose. Se mi arrivasse un ragazzo così lo allontanerei dai genitori, anzi gli farei fare un anno di Erasmus...per vedere se... Secondo me è un ragazzo che sembra abbia delle capacità di star dentro alle sue situazioni, per lo meno di vivacchiarci bene dentro queste situazioni. Mi sembra uno che ha delle risorse, si tratta solo di fare il passaggio di appropriarsi di sé, di diventare il referente di se stesso, perché se no è sempre un po'... sembra anche un elemento che la famiglia ritenga un'appendice decorativa, artistica, come se ci fosse sotto qualcosa non so...che magari i genitori non hanno potuto fare. "ma sì, è un bravo ragazzo, è un po' artista..." Contenti loro, però soprattutto non è più contento lui, pur non portandolo con un livello di sofferenza. Almeno io non lo sento.

I genitori hanno l'abitudine di dare loro i contenuti, la contestualizzazione la fanno loro, come se lui fosse esonerato dal doverlo fare. Magari chiedersi anche per lui che cosa è per lui questa nuvoletta. Magari no è un'anima artistica, magari è una trappola. Chi lo sa?

*Giustina:* Volevo aggiungere una considerazione riguardo ai genitori. Ada diceva, penso, che in qualche modo non li coinvolgerebbe proprio perché ha la sensazione che siano tutti sulle nuvolette. La sensazione è che lui in qualche modo debba svegliarsi e trovare la sua strada. Anche se sul piano emotivo io sarei un po' innervosita da

questi genitori. Mentre parlavi mi sono chiesta se Franco si sarebbe mai rivolto autonomamente, se per lui effettivamente questa situazione è un problema che avrebbe richiesto una consulenza psicologica, o se in parte è anche un modo per tranquillizzare i genitori, perché da una parte è un problema non avere un progetto, dall'altra parte si sta bene a fare della musica, con Lia e a fumare delle canne. Sento un'ambivalenza in cui si portano i propri vissuti però perché sia l'occasione, ...perché i genitori hanno spinto in questo senso. Forse mi sarei innervosita dal fatto che mi sentirei utilizzata dai genitori per mantenere lo status quo. Dovete utilizzare me perché non riuscite a litigare con vostro figlio o a mettere dei paletti? Quindi ragionando rispetto al mio vissuto probabilmente avrei la sensazione che anche il mio ruolo è quello di mantenere tutto tranquillo, pulito, senza conflitto, e forse il senso rispetto ad una convocazione dei genitori è che rispetto alla fase evolutiva del figlio non ci possono scappare neanche loro. Non possono delegare questo ruolo in toto anche se poi finanziano, anche se poi finanziare è la cosa meno complessa rispetto al responsabilizzare.

*Domanda 6:* Con una battuta mi viene da chiedere se la scuola sistemica prevede, oltre l'adulterizzazione, l'infantilizzazione. Anche a me viene da pensare ad un discorso di moratoria. La domanda è se Lia è la sua prima ragazza, che può avere un senso. Questo ragazzo sembra anche a me un po' indietro e anche un po' costruito dall'ambiente familiare. C'è un'ambivalenza anche nel come interpretare tutti questi segnali. Anche sull'invio, è lui che si pone il problema o che non si stiano aprendo finalmente dei conflitti in famiglia e lui comincia, essendo il bravo ragazzo, magari figlio unico, coccolatissimo, in questa famiglia dolcemente oppressiva, comincia a tirar fuori la sofferenza delle canne, dell'amore, in modo che il conflitto diventa un bisogno di aiuto, "si poverino, ti aiutiamo". Anche gli spinelli potrebbero aiutare a mantenere il suo stato di moratoria, lo aiutano a non pensare, non riflette, non si pone il problema perché è sempre fuori, non vive la sua autonomia. Se Lia è la sua prima ragazza, c'è molto investimento e potrebbe essere importante. Se è la prima potrebbe essere

normale la paura di perderla, la paura dell'inesperienza.

*Domanda 7:* Volevo chiedere alla dott.ssa Labanti, rispetto al fatto che ritiene di non coinvolgere i genitori. L'idea che mi sono fatta io di Franco è che, anche se ha 21 anni, come diceva lei sembra un adolescente di 15 o 16 anni. Una volta che si lavora con una persona che è inserita in quel contesto, è chiaro che tutto la influenza, mi chiedo perché non coinvolgere i genitori. Lui difficilmente uscirà rapidamente da questa famiglia, quindi se si ottiene un progresso in lui e non in quello che lo circonda come sarà il percorso di Franco? Perché ci sono delle dinamiche relazionali ..... a me sembra quasi che questi genitori abbiano voluto saltare l'adolescenza del figlio, non abbiano voluto farsi metter in discussione, quindi mi chiedo perché non coinvolgerli.

*Labanti:* Quello che a me interessa è vedere e far vedere a Franco qual è la sua rappresentazione di sé all'interno di quel sistema e come lui legge le cose che gli accadono e come lui si pone verso le cose che gli accadono, siccome lui è padrone di se stesso. Ed è lì l'inghippo. Se io continuo a vederlo incluso, sento che non ci guadagno niente. Mi piacerebbe di più accettare la scommessa di parlare di com'è stare in quella famiglia, per come la vedi tu, ma non solo per come vedi tu i genitori, ma di come vedi te lì dentro, e di cosa può cambiare lì dentro secondo te. Cioè di qual è la tua sensazione di quello che tu sei, di quello che tu vivi, di come stanno andando le cose e del significato che dà di questo e di un possibile significato alternativo che può vedere. Quindi come una specie di stabilire dei compiti evolutivi, con tutto il correlato emotivo, di fantasie, di ideazione, che forse se esplorato ci potrebbe far vedere molto su come lui ha funzionato negli anni della nuvoletta.

*Domanda 8:* Mi sembra che la divaricazione tra gli approcci sia proprio rispetto a questo, cioè le relazioni sono centrali per Alessia Ravasini in modo ancora più allargato rispetto a quello della dott.ssa Giustina, però loro le considerano, mentre l'approccio psicodinamico è più centrato sulla persona.

*Labanti:* Il mio approccio psicodinamico non è tanto centrato sul funzionamento intrapsichico della persona, quanto piuttosto nel suo funzionamento relazionale, nell'accezione dove io sono il referente, dove io mi guardo attorno e mi rendo conto che io partecipo a costruire quello che accade attorno a me e naturalmente quello che accade attorno a me partecipa a costruire me. Però io gioco un ruolo nel creare una situazione, per cui dal come io mi rendo consapevole di questo, capace di agire di conseguenza, questo può aprire degli spiragli.

*Ravasini:* Volevo fare un commento; penso che le riflessioni di Ada siano molto importanti. E importante pensare ad approcci integrati, dove il lavoro fatto ad un livello può arricchire quello fatto ad un altro livello. La domanda che faceva Ada è cosa succede se esce dalla nuvoletta. Certo non può abbandonare la cannabis, perché se lui non ha la nuvoletta non ha strumenti per pensare, per tradurre le sue sensazioni in azioni più coscienti, neanche consapevoli, Quindi penso che anche il lavoro individuale sia importante per fornire elementi di maggiore comprensione, per fornire delle parole rispetto a sensazioni difficilmente dicibili. Risulta fondamentale il lavoro individuale per poter sostituire le parole al fumo: se io tolgo il fumo posso tradurre le sensazioni e liberarmi dal fumo, non sono più dipendente, posso esprimere più liberamente il mio sentire. Posso fumare, ma posso anche comunicare e posso scegliere. Questo penso sia un lavoro molto importante da portare avanti a livello individuale.

Il lavoro familiare può dare un altro livello di riflessione sulle relazioni. Il poter anche integrare questi approcci per me è molto arricchente. Nel lavoro familiare non ho accesso a molti aspetti che emergono a livello individuale e quindi poter fare azione di raccordo con i colleghi che fanno lavoro individuale, arricchisce il progetto che si viene a costruire. Trovo sempre molto interessante quando si possono integrare questi due livelli di intervento, che non necessariamente vanno a toccare aspetti più superficiali o più profondi. Sono livelli diversi che possono

trovare grande azione di sinergia.

*Vanni:* Rispetto al tema dipendenza, la lettura che viene data da Ada è in qualche modo: vediamo come tu riesci a metterti ad un livello in cui puoi farti carico della dipendenza, farla evolvere, vederla, ecc.. L'approccio di Alessia è: siccome c'è una dipendenza è interessante vedere come altri che incidono molto su di te possano portare un valore aggiunto nel fare evolvere te e noi famiglia verso una maggiore differenziazione. E' come se la famiglia possa essere vista come qualcosa da cui ci possiamo allontanare e definirti meglio, dall'altra potrebbe essere pensata come un ambito che a sua volta fa una parte importante nel fare evolvere la situazione. Sono due posizioni diverse e rispetto alle quali uno può scegliere, ma che sarebbe interessante approfondire.

*Domanda 9:* La mia è più una riflessione. Mi viene da dire, in questo caso specifico di difficoltà a slegarsi alla famiglia, ad esser autonomo, forse un approccio che chiama in causa i genitori non potrebbe dargli un messaggio che il problema è anche della famiglia? Secondo me ha bisogno di capire che adesso il problema è suo, ha bisogno di staccarsi dalla famiglia. Magari la presenza della famiglia potrebbe non fargli bene nel processo di essere più autonomo. In questo caso la presenza della famiglia potrebbe non giovargli, in quanto ha bisogno di centrarsi su di sé. A volte è possibile che non si possa avere a priori un approccio da usare sempre e comunque con tutti i pazienti e che alcuni pazienti abbiano bisogno di un approccio e altri di un altro. In questo caso mi viene spontaneo che sia migliore un approccio individuale per staccarsi. Il fatto che la famiglia non sia presente non significa che le relazioni non possano essere indagate. Gli altri, le relazioni, le abbiamo presenti nella nostra testa, quindi possono essere indagate in modo indiretto tramite un approccio individuale, senza la presenza dei genitori.

*Vanni:* Penso potrebbe essere utile distinguere fra modello teorico e approcci operativi

*Giustina:* Sì, tu parlavi di autonomia. L'idea di una convocazione dei famigliari è proprio perché la paura è che si crei una differenziazione solo in terapia, una falsa autonomia.

*Domanda 10:* Io immagino la psicoterapia come un percorso di crescita e forse potrebbe essere un percorso per creare gli strumenti per separarsi. Il fatto di convocare i genitori è utile per capire le dinamiche, ma vedrei di più una psicoterapia individuale.

*Giustina:* Io parlavo di convocazione, che vuol dire uno spazio di consulenza che poi non necessariamente si trasforma in uno spazio di psicoterapia. Condivido il fatto che sia un percorso a sé. Non si può decidere in base solo al proprio approccio che sia indicata una consulenza individuale o famigliare. Tutto sta nel cogliere le modalità di invio, le premesse e magari attivare i due percorsi. Magari per un ragazzo di 21 anni con un situazione diversa potrei non considerare la convocazione della famiglia, però in questo caso la psicoterapia sembra caldamente suggerita dai genitori per favorire un processo di autonomia in cui loro si levano. La sensazione è che stiano delegando e che questo ragazzo, da una parte ha bisogno di autonomizzarsi, e dall'altra parte ha una grandissima paura. Ci si chiede cosa possa rappresentare la base sicura per permettergli di fare il salto. Fare il salto da solo con la sensazione della paura senza capire come incoraggiarlo mi fa temere rispetto a questo percorso di crescita attraverso la psicoterapia. Per essere concreta la mia paura è che un percorso individuale del genere duri anni e che lui tenda a rimanere a lungo in questa fase di esplorazione, che i genitori temano di fargli prendere delle responsabilità, che continuino a pagare la terapia e quindi si rimanga in una fase di stallo in cui sembra che lui stia facendo un percorso di crescita. L'auspicio è che il percorso individuale sviluppi maggiori consapevolezza e diminuisca le paure, però le premesse mi fanno pensare alla necessità di una maggiore consapevolezza dei genitori, proprio perché, come dicevano prima le colleghe, sembra che lui abbia 16 anni, non 21.



*Ravasini:* Una considerazione. Parto da un mio pregiudizio: rispetto al tema dell'autonomia e che questa non possa avvenire senza conflitti. E' un mio pregiudizio, la lente attraverso cui guardo le situazioni cliniche. Questo mi fa leggere alcuni aspetti e tralasciarne altri. Sento che il tema del conflitto è importante. Il saper confliggere è una competenza. Se io non sono spaventato dal conflitto e ci sto, sviluppo capacità, strategie per fronteggiare situazioni critiche, posso anche sviluppare abilità di fronteggiamento e risoluzione. E quindi sviluppo il mio sentimento di sicurezza, di capacità, di competenza, di stima, di fiducia ... il mio sé in qualche modo si potenzia, mi sento più forte, più capace di stare nelle strade e di vivere la mia vita. Parto da questa considerazione per dire che forse è un aspetto importante. Nell'adolescenza si può anche pensare che si può diventare maturi senza confliggere. Su questo sarebbe interessante attivare un confronto.

Sarebbe quindi importante lavorare sul conflitto interno per dargli voce, dignità, vitalità, e legittimità di esistenza, perché poterlo attivare abilita a metterlo in scena anche all'esterno; questo forse è anche il lavoro individuale ipotizzato a livello analitico, dove la scena familiare è un contesto tra gli altri, non necessariamente l'unico, in cui è possibile metter in scena il conflitto senza che questo distrugga ... non distrugge i legami, la famiglia, non mette in discussione l'appartenenza, l'identità familiare, l'amore, l'affetto, anzi diventa una competenza della famiglia stessa.

*Vanni:* Cosa pensa Ada di questa posizione sull'evoluzione limitata del percorso individuale?

*Labanti:* Credo che se una psicoterapia minimamente funziona, la famiglia ci mette 8 secondi ad accorgersi che qualcosa sta cambiando, che c'è una ricaduta istantanea, che comincia a succedere qualcosa. E' vero che si sono situazioni nelle quali, se uno legge la cosa da un punto di vista intrapsichico il rischio è maggiore di cominciare ad addentrarsi in questioni che

hanno una ricaduta di visibilità inferiore. L'approccio relazionale in questo ha una maggiore visibilità di ciò che comincia a muoversi nel sistema. Secondo me questo minimizza i rischi. Sarà l'abitudine a lavorare con ragazzi... tra l'altro con setting di consultazione anche piuttosto rapidi, nel senso che non hai 5 anni di tempo per lavorare con una persona, magari hai 6 mesi vedendolo 1 volta ogni 15 giorni. Questo mi fa essere abbastanza ben certa che ci possono essere dei risultati nel senso più ampio del termine, cioè qualcosa che comincia a muoversi in quel sistema persona, nel suo sistema di appartenenze, in un tempo abbastanza breve, soprattutto se è la persona che mi chiede aiuto, che sente che c'è qualche vibrazione che comincia a cogliere. Se viene portato come un pacco, è molto più difficile, la motivazione è il motore di tutto.

*Vanni:* Vorrei fare un'osservazione trasversale ai due casi. Una cosa che mi sembra interessante è che in entrambi i casi l'aspetto di incontro con la realtà è centrale. Anna e la mamma cambiano, si incontrano traumaticamente con una realtà che è quella del padre arestato e poi cambiano contesto, ecc; quindi avviene qualcosa in relazione a qualcosa di esterno che cambia. In questo caso, quello di Franco, la situazione di incontro con la realtà viene mitigata dalla nuvoletta. E' come se uno stesse dentro la nuvoletta per poter essere lui che mette fuori la mano quando può e quando vuole. Però ci sono degli elementi di incontro con la realtà, si potrebbe anche dire con la percezione di compiti evolutivi a 20 anni. A 20/21 uno si domanda a che punto è. L'incontro con l'altra persona, Lia, perché comunque è un'altra persona, che impatto concreto ha per Franco questo ed altri aspetti dei suoi legami individuali, relazionali, il gruppo... Potremmo dire che in adolescenza questo aspetto è particolarmente significativo. Cioè, chiedo, l'esordio del contatto con la realtà è spesso un momento di possibile crisi?

*Labanti:* Dal momento in cui mi rendo conto che sono io che entro in campo, e l'adolescenza fondamentale è questo...e infatti l'altro elemento comune è quello del ritiro e

della moratoria: Anna che cerca di non esserci e anche Franco che cerca di non esserci. Lei cerca di non esserci nell'entrare nell'adolescenza, lui cerca di non esserci nell'uscire dall'adolescenza, dove l'elemento fondamentale è quello invece dell'entrare in gioco. Se uno non entra in gioco nell'entrare o nell'uscire in questa fase, ma in generale nella vita, il ritiro, la moratoria è il segnale che qualcosa non va. Se io riesco a essere in gioco in tutte le situazioni evolutive che la vita mi propone sono a posto, ... il ritiro è un segnale, la necessità di moratoria. Se è circoscritto ok, oppure se dato da cause di un certo tipo, altrimenti diventa un segnale di disagio.

*Vanni:* Abbiamo visto come il termine relazione sia un concetto comune declinato in modi abbastanza diversi. Questo mi sembra interessante. Mi domando se quando parleremo di adulti questa cosa sarà ancora più accentuata o no.

*Domanda 11:* In quali scuole di psicoterapia vi siete formati?

*Labanti:* Io vengo da una storia un po' particolare. Nasco da una scuola gruppo analitica, che non vuole dire analisi di gruppo, ma gruppo-analisi, che però ho un po' abiurato, in un certo senso, perché mi sembrava un po' povera da un punto di vista concettuale. Ed essendo anche quella una psicoanalisi di tipo relazionale, sono poi andata ad accasarmi con la psicoanalisi relazione comme il faut, cioè con la SIPRe, la società italiana di psicoanalisi della relazione. Nasco là e mi evolvo, in futuro non si sa, vedremo.

*Giustina:* Io mi sono formata a Milano presso Studi Cognitivi, che è una scuola non tanto cognitivo-comportamentale, quanto più cognitiva, nel senso che dà un accento particolare a quelle che sono le tecniche cognitive. Le tre branche del cognitivismo: il cognitivismo razionalista, che è quello, non so se avete presente, di Beck e Ellis, il post-razionalista, che si è ispirato a Vittorio Guidano, è un tipo di orientamento più

relazionale e più legato alla costruzione della realtà, alle rappresentazioni che ha il soggetto di se stesso, delle relazioni e quindi è meno rigido rispetto all'approccio razionalista che parte dall'idea che esistono delle idee disfunzionali che generano certi vissuti. Poi c'è un'altra branca, che mi influenza molto nel mio lavoro clinico, che è quella cognitivo-evoluzionista, ispirata al modello dell'attaccamento, e che si rifà a Liotti, che dà un'impronta agli aspetti relazionali molto più forte dell'approccio razionalista, che sicuramente ha degli strumenti sul piano tecnico, ma che non permette di dare una cornice ampia quanto il modello dell'attaccamento. Studi Cognitivi Fa parte della SITC, ma l'accento è più sugli aspetti cognitivi.

*Ravasini:* Io ho fatto la scuola di Boscolo e Cecchin a Torino, insieme a Bianciardi e Bertrando.

*Vanni:* Mi sembra che il termine 'relazione' sia comune a tutti gli approcci, ma declinato in modi abbastanza diversi. Questo mi sembra interessante. Alla prossima...

## La clinica psicoterapeutica con gli adulti

A. Restori, S. Bertacca e V. Bozuffi

### *1° CASO – Alessandro*

*Alessandro ha 50 anni e va da un terapeuta che lavora in uno studio privato che gli viene indicato da un amico. Sta attraversando un periodo difficile e vorrebbe orientarsi un po' meglio in quello che gli sta accadendo.*

*E' un avvocato, con uno studio ben avviato del quale è titolare, una moglie, Elsa, e due figli di 9 e 13 anni. E' figlio unico. Fa risalire il suo malessere ad un paio d'anni fa, alla morte di suo padre per una malattia dal decorso rapido. Sua mamma non si è fatta molto aiutare da lui. Anzi, la sua percezione è stata che per lei la presenza di suo padre fosse insostituibile. Dopo un anno circa di lenta consumazione è morta anche la mamma.*

*Da un po' si stava interrogando anche sulla qualità del suo rapporto di coppia e stava cominciando a mettere a fuoco quanto con sua moglie la relazione non fosse più contraccambiata. Mentre da parte sua c'era interesse e desiderio verso di lei, Elsa mostrava piuttosto repulsione, anche fisica, nei suoi confronti. Di fatto i loro rapporti sessuali erano da tempo rarefatti e, da alcuni anni, pressochè inesistenti.*

*Alessandro avvertiva inoltre sempre più come anche le sue idee e progetti in ambito professionale erano vieppiù sentiti dalla moglie come avventuristici, poco concreti, rischiosi. Insomma non la sentiva al suo fianco ma sempre un po' 'a zavorra'. In realtà, diceva, non tutto è sempre andato bene naturalmente ma sono comunque riuscito a raggiungere una posizione economica e professionale di tutto rispetto, senza che a loro mancasse nulla, anzi.*

*L'estate prima di andare dallo psicologo aveva avuto un periodo di depressione 'nera' nella quale non era praticamente*

*uscito di casa per un mese e mezzo ed era dovuto ricorrere a dei farmaci per riprendersi. Erano trascorsi alcuni mesi e oggi stava prendendo seriamente in considerazione l'idea di separarsi ma voleva un confronto in merito ed anche capire bene cosa gli era successo e gli stava succedendo su un piano più personale.*

*Vanni:* Simone Bertacca, un tuo parere....

*Bertacca:* Vado a ruota libera. A occhio e croce mi sembra che questo signore qui sia molto autocentrato. Rispetto ad un funzionamento che prevede un'analisi anche di quello che gli sta intorno, l'impressione, usando anche un approccio un po' cognitivista, pensando anche ai costrutti, sembra una persona molto autocentrata. Cioè, gli succedono delle cose intorno di cui non sembra abbia una percezione realistica. Mi viene in mente la moglie che ha repulsione per lui, mi viene in mente che ci potrebbe essere anche un motivo per cui ha repulsione, magari perché lui fa sempre le cose che ha in testa. Mi sembra che non sia molto sensibile ai feedback che ha intorno, che tutto l'universo che ha intorno nella sua vita, quello relazionale e affettivo, sia una cosa di cui lui percepisce solo l'aspetto che è consono al suo stile di pensiero. Mi chiedo se il problema, oltre appunto quello depressivo, di cui non viene specificato se è l'uovo o la gallina, sembra il fatto che la sua capacità di lettura della sua realtà viene incrinata dal fatto che le cose non vanno come dice lui. La prima cosa che mi viene in mente è che indagherei l'aspetto di quanto è sensibile ai feedback esterni, di quanto è capace di leggere quelli che sono gli aspetti di confutazione di quello che lui pensa. Mi sembra quasi che sia una persona affermata, uno che funziona, che fa soldi, non gli faccio mancare niente. Poi magari, non so, magari ti comporti in maniera molto poco simpatica con la moglie, non la degni di nota perché hai da lavorare, hai da pensare alle tue cose perché sono importante. Faccio questa specie di fantasia, perché un po' la tipologia dei professionisti affermati sopra la cinquantina, tendono un po' ad assomigliarsi tutti su questi aspetti qui, e più o meno hanno lo stesso ordine di problemi. E non solo

non riesce a leggere la realtà ma va a chiedere a uno specialista che la legga per lui. E' un aspetto molto materialistico della cosa. Anche se va dallo psicologo mi sembra che l'impostazione con cui si proietta in questa relazione sia quella di una consulenza aziendale: cioè vado lì e mi dici se mi devo separare.

Questa è la prima cosa che mi viene in mente. Lascio la palla a loro per poi continuare.

*Bozzuffi:* Mi trovo più o meno sulla stessa lunghezza d'onda, nel senso che si evince dalla presentazione di questa persona una chiusura rispetto al mondo relazionale. Non si pone domande sulle risposte che riceve dalle sue figure importanti. Significativo è l'aspetto della morte del papà, ma soprattutto la relazione, per come lui l'ha sentita, con la mamma. Quindi, in questo evento, che sicuramente non è un evento particolarmente strano nella vita di una persona a questa età, ciò che lui sottolinea è il non veder riconosciuto per se stesso un ruolo centrale. Sembra essere ciò che maggiormente ha raccolto da questa situazione. Questo è certamente un aspetto su cui io lavorerei con Alessandro, almeno in una prima fase come indagine. Certamente anche l'aspetto della relazione con la moglie è di rilievo: anche in questo caso Alessandro non si pone domande rispetto ai vissuti della moglie, ma esplicita un non riconoscimento della sua figura, del suo contributo alla famiglia, che sottolinea essere di natura prestazionale, parla infatti di sostegno materiale alla famiglia. Non mette in evidenza aspetti affettivi su cui basare la relazione, su cui dare importanza alla relazione. Non si è evidenziato il rapporto con i figli, in modo particolare. Questo è qualcosa che mi incuriosisce, che cercherei di capire meglio insieme al paziente. L'aspetto depressivo è secondo me secondario rispetto ad una struttura di personalità che è forse basata sul riconoscimento esterno del proprio ruolo. Dico forse perché gli elementi sono un po' pochi in questo momento.

*Vanni:* come ti muoveresti con lui? Useresti strumenti testistici, coinvolgeresti altre persone...

*Bozuffi:* Come strumenti testistici userei la SWAP200, quindi farei il minimo di 5 colloqui necessari, indagando le aree che adesso ho buttato lì ed altre per poi autosomministrarmi la SWAP.

La SWAP aiuta il clinico a dare un ordine alle sue impressioni, si basa sull'esperienza del clinico. Con un minimo di 5 colloqui con il paziente, condotti indagando determinate aree, ci si autosomministra questa procedura di 200 items attribuendo dei punteggi secondo dei parametri fissi, e il risultato è una diagnosi da DSM e una propria del sistema di classificazione di Westen.

*Vanni:* Simone, tu invece cosa faresti?

*Bertacca:* Mi vorrei rendere conto esattamente di come funziona questo signore, nel senso che i colloqui ovviamente non ce li può levare nessuno, sono il nostro pane. Un parere clinico un computer non te lo darà mai. Io che lavoro con i test riconosco anche i limiti di queste cose qui. Quello che direi, la butto lì, è che potrebbe esserci un'organizzazione di tipo narcisistico, con qualche tratto di natura ossessiva legato un po' alla valorizzazione del lavoro. Io non parlo tanto a livello di diagnosi ma per organizzazione di aree. Se il paziente ha un'organizzazione di questo tipo, prima di tutto è duro come la rocca di Gibilterra e lo dico per onestà clinica, nel senso che quando faccio un lavoro di questo genere cerco sempre di rendermi conto di quello che veramente si può fare. Un'organizzazione narcisistica con una serie di rinforzi positivi che possono essere il lavoro, magari un successo personale, e via dicendo è come cercare di smuovere una montagna. La prima cosa che bisogna valutare è, dal mio punto di vista, il sistema dei costrutti, nel senso se diventa fondamentale per lui l'affermazione personale e si rileva che questo come costrutto fondante è fortissimo, la percentuale di risultato è molto bassa. Il risultato è abbastanza insoddisfacente. Su una organizzazione narcisistica l'unica su cui si deve lavorare sono i fatti reali, perché non capiscono il sistema emotivo degli altri. Lavorerei molto sull'esame di realtà, cioè a dire "Tu stai facendo lo stronzo, la gente ti allontana". Questo è un sistema di



comunicazione forse molto frontale, ma su pazienti di questo genere cercare di circonvenerli in modo più trasversale ti porta a estenuanti e inutili sedute di centinaia di ore, che non ti fanno sentire molto realizzato. Per cui lavorerei molto sul discorso della percezione sua da parte degli altri. Quindi quello che potrebbe essere una sorta di decentramento rispetto all'autocentralità che è tipica di questa organizzazione di personalità. Lavorerei molto sui feedback, cioè su quello che gli altri fanno rispetto a ciò che tu poi fai, e registrare gli esiti di questo. Dopo di che bisogna fare un lavoro emotivo e questo è il cerotto, poi arriva l'antibiotico che è lavorare più su un aspetto di tipo psicodinamico, che riguarda di più la formazione di questo stile di carattere. Io credo che la psicoterapia non sia un piatto unico, credo sia come una torta a strati. Non la vedo come un piatto unico, la vedo come una frittata. Gli approcci devono essere i più eclettici possibile. Io che sono di formazione cognitivista la prima cosa che faccio è l'analisi delle difese. E poi nella realtà clinica cercate di non stare appiccicati al libricino. Sarà la vostra rovina. Confrontatevi con altri aspetti del vostro lavoro che prevedono anche altri approcci. Una terapia eclettica si può fare.

Con questa persona lavorerei subito sui feedback, insegnerei 'materialmente' perché un narcisista non può accettare di sentirsi dire che non capisce gli altri, può accettare una persona che cerca di insegnargli una cosa che non sa, però gli va fatto riconoscere che non la sa. Ovvero, non sono riuscito a capire come funzionano quelli intorno a me, mi aiuti a capirlo? Si fa un lavoro da ragioniere allora dici  $1 + 1$  fa  $2$ ,  $2 + 2$  fa  $4$  e via dicendo. Allora quando dici "Ma allora è vero che mi comporto male per una serie di motivi" allora vediamo perché ti sei strutturato così e allora si va a cercare un altro tipo di spiegazione. La mia visione è molto ottimistica, in realtà per la pratica clinica che ho da diversi anni, pazienti come questo ti fanno girare la ruota, ti fanno girare attorno al problema senza arrivarci mai, ti irritano. Non c'è un paziente che ti fa tirare fuori la sana aggressività da persona normale come un narcisista. Molto spesso ti fanno andare in tondo.

Questo è come mi muoverei io.

Vorrei vedere come la vede Antonio dal punto di vista sistemico, perché questi sono pazienti che attivano poi nelle famiglie delle spirali che sono terribili.

*Restori:* Alessandro ha sperimentato alcuni eventi che si sono presentati nella sua vita, i quali non fatica a decifrare, a comprendere, come la morte del padre e subito dopo della madre e la relazione conflittuale di coppia. Sente il bisogno di capire come orientarsi e cosa stia accadendo dentro e attorno a sé. È importante premettere che, a prescindere dalla situazione in esame, queste esperienze appartengono a ogni singolo individuo. Spesso, di fronte a questi eventi anche drammatici, non sempre riusciamo a coglierli come importanti, ma tendiamo a riorganizzarci attorno ai nostri sistemi di premesse. Alessandro sembrerebbe cercare di riorganizzarsi, ma i suoi sistemi di premesse non sono più sufficienti per affrontare eventi simili.

Il terapeuta, quindi, oltre a capire cosa non funziona nella persona, deve avere ben presenti le proprie premesse su cui imposta il proprio funzionamento esistenziale.

Noi sistemici abbiamo una visione della costruzione dei significati riferiti al senso dell'esistenza che non è, diciamo così, legata all'individuo in sé, come soggetto pensante unico e sganciato dalla rete di relazioni con cui condivide il suo senso di esistenza; ma è co-costruito con le persone più significative che gli ruotano attorno.

Dal testo emerge come la relazione padre-figlio fosse per Alessandro molto importante; ciò si può cogliere dal fatto che proprio nel momento in cui il padre è venuto a mancare, Alessandro ha iniziato a vedersi destrutturato in parte con i suoi riferimenti. Inoltre emerge come la madre non abbia accolto il sostegno offerto dal figlio nell'affiancarlo durante l'elaborazione del lutto del marito. Centrare l'attenzione sulla triade madre-padre-figlio potrebbe essere fondamentale per cercare di favorire una costruzione del sé maggiormente adattiva. Questa riflessione può essere approfondita utilizzando tecniche di presentificazione di persone assenti, facendo dialogare Alessandro con persone che non ci sono più. Questa tecnica la utilizzo spesso in terapia; l'ho presa in prestito dagli

psicodrammatisti e da chi si occupa di costellazioni familiari.

Probabilmente coinvolgerei anche la moglie in questo percorso. Alessandro dice : “Sono alcuni anni che siamo in crisi”. Mi viene da pensare che spesso quando arriva il primo figlio, la coppia deve pensare diversamente alla propria relazione.

Ciò significa che la coppia è un’entità che cambia, che diventa triade, e la presenza del terzo comporta una ridefinizione dei significati attribuiti al proprio sé individuale.

Il lavoro che farei sarebbe quindi quello di ascoltare Alessandro, prestando attenzione al mio sistema di premesse di significati, ascoltando e analizzando il senso di smarrimento che sta sperimentando.

Sarei combattuto sulla possibilità di lavorare sia con Alessandro sulle relazioni con le persone significative che lo hanno affiancato nel corso della sua vita nella famiglia di origine, sia con la compagna, con la quale sta cercando di editare un nuovo senso di sé narrativo, anche se famigliare.

*Bozuffi:* Puntualizzerei solo alcune cose. Nel mio modo di lavorare si lavora su cose molto simili a quelle messe in luce dal collega, ma invece di farne un ragionamento sulle relazioni che Alessandro ha fuori dalla relazione terapeutica, è la relazione terapeutica stessa che viene presa in considerazione. L’analisi verte su alcuni aspetti messi in luce dal collega, ma all’interno della relazione che Alessandro vive con il terapeuta. Questo è un modo di operare e nello specifico, un approccio più nell’area teorica di Mitchell e, visto che concordo su un quadro narcisistico, lavorerei sulle tematiche del rapporto con l’illusione e del rapporto con la realtà e della possibilità di stare in una relazione senza dover per forza aderire all’illusione. Questa è l’idea che Mitchell ha sul narcisismo. Tutto questo all’interno della relazione che Alessandro ha con me. Questo mi aiuta anche a riportarlo a dati di realtà, perché non c’è niente di più reale della relazione che Alessandro può instaurare con me in quel momento.

*Bertacca:* Voglio fare un provocazione su cui ragionare. Il problema è fondamentalmente quello della realtà, perché esiste la

verità ed esiste la realtà, dal punto di vista della vita. Le verità è ciò che è verosimile, ciò che è plausibile, la realtà è il fatto, la cronaca. La differenza è tra narrativa e cronaca, una che fa cronaca nera e uno che scrive un libro di avventure. Nella pratica ambulatoriale quello che abbiamo davanti non è quasi mai la realtà ma è spesso la verità. Abbiamo delle cose che sono verosimili, plausibili, ma spesso non coincidono con i fatti oggettivi. Il limite di tutti i lavoro ambulatoriali è che non sappiamo mai se la nostra relazione è uno specchio della vita. Noi lavoriamo con questa idea. Forse il pregiudizio dei terapeuti, quello poi che li frega tutti, me per primo, è che ci aspettiamo che il nostro modello relazionale sia 'il' modello relazionale. O che quello che succede nel nostro ambulatorio sia una specie di micro habitat che riproduce quello che avviene all'esterno. Io tante volte sono rimasto molto colpito di come questa cose non fosse poi vera, e non sono mai riuscito a risolvere questo problema.

Alla fine c'è una convergenza di tutte le aree della psicologia su certi sistemi di approccio con le persone. Quello che resta come problema insoluto e lo pongo come un problema aperto, che non ho risolto, è che quando lavoriamo basandoci molto sulla relazione dobbiamo tenere in testa quel dubbio sano che la nostra relazione con il paziente non sia il modello delle relazioni, anche quando lavoriamo su aspetto profondi, e riusciamo a lavorare su una ristrutturazione delle difese, quando riusciamo a fare delle interpretazioni corrette. Però resta sempre questo dubbio aperto. Questo non vale per tutti, ma con i pazienti narcisisti alla fine quello che succede tra noi e lui può non essere quello che succede tra lui e gli altri. La specificità, l'unicità della relazione a volte ci porta lontano dalla terapia, non vicino. Lo pongo come un problema e come un problema che vivo.

*Bozuffi:* E' assolutamente vero quello che dici. Il fatto è che nella relazione con il terapeuta, che dovrebbe essere persona attenta ai propri impliciti, o sistemi, di premesse, il paziente ha la possibilità di esprimersi e di conoscersi attraverso la relazione. E' chiaro che è una relazione particolare, che non è il prototipo delle relazioni che si hanno in giro per il mondo, ma vero è che in quella relazione c'è il paziente

con tutti i suoi sistemi. E' nella relazione con noi che ci dobbiamo rendere strumento di conoscenza di come il paziente si pone nella relazione, il paziente ha la possibilità di sperimentare questo. Come generalizzarlo anche alle altre relazioni, questo fa parte anche del libero arbitrio del paziente. Il mio mestiere è quello di permettere al paziente di sperimentarsi e di conoscersi all'interno di una relazione finalizzata a mettere in luce questo. Dopo, quello che ci vuole fare... è una scelta e una responsabilità del paziente.

*Restori:* La questione dell'esistenza di una realtà vera o costruita, è una linea di demarcazione importante per capire qual'è il focus epistemologico a cui facciamo riferimento. Il mio punto di vista è quello della realtà come costruzione sociale; ovvero io credo che tutto ciò che avviene in una relazione è costruito anche attraverso il rapporto con il contesto; quindi quando il contesto cambia, cambiano anche le nostre modalità di rappresentarci in sé differenti. E' evidente che se si va a verificare il contenuto verbale dei primi 10 minuti del colloquio con una persona che vediamo per la prima volta e andiamo a verificare le parole ridondanti che vengono pronunciate in questo 10 minuti, si capisce bene come spesso nelle prime verbalizzazioni del colloquio emergono una serie di parole chiave che tornano in tutta la narrazione della storia di sé del paziente. Il terapeuta non ascolta passivamente, ma è presente, ha i suoi sistemi di premesse che vanno tenuti in considerazione. Alla fine si parla di co-costruzione di storie. Questa storia può essere oggetto di forte riflessione perché è il modo in cui la persona si sta descrivendo e sta agendo attorno a se stessa, di conseguenza sta reiterando comportamenti che possono essere non più funzionali al suo percorso esistenziale. Tutto è verosimile, dal mio punto di vista.

*Vanni:* Osservazioni?

*Domanda 1:* Nella mia idea di vita sociale di una persona, c'è che in ogni relazione qualcuno impara qualcosa, proprio dal punto di vista cognitivo-comportamentale. Da ciò che sperimento in una relazione imparo anche a comportarmi nelle altre relazioni.

Quando il dott. Restori parlava di contesti diversi in cui ci si comporta in modo diverso, mi immagino una persona che porta ciò che ha imparato in un contesto in un altro contesto. Allora forse non è che nel contesto della terapia vive tutte le relazioni che ha al di fuori, però ne vive una gestita da una persona competente e esperta che sa gestirla e che gli può permettere di imparare qualcosa che porta nelle altre relazioni, senza domandarmi se è reale o è vera. Proprio perché sperimenta una relazione l'obiettivo è che impari qualcosa che può trasportare fuori. Che poi forse è anche abbastanza naturale se uno c'è veramente in una relazione terapeutica.

*Domanda 2:* Io devo ancora entrare nell'idea dello psicologo, nel ruolo. Quando leggeva il testo io credevo a questa persona, la questione della sua personalità autocentrata non mi aveva automaticamente fatto venire quest'idea che però mi convince. Nel tirocinio che sto facendo adesso con le famiglie separate vedo che un po' è normale al di là della personalità narcisistica. Sarà che sono coppie separate però il marito dà la colpa all'ex moglie e viceversa, poi ognuno dà la sua versione. Io di mio tendo a prendere seriamente quello che mi viene detto. Poi quello che diceva Bertacca, se un narcisista è duro come una montagna mi viene più da pensare che non bisogna cercare di smuovere la montagna, ma chiediamo a questo signore tutte le relazioni che sta vivendo. E visto che vedo molto che c'è questo problema anche con la moglie, mi viene da dire vediamoli tutti e due. E poi anche questo motivo della separazione apparentemente sembra che sia solo un problema legato alla sfera della sessualità, perché non ci sono rapporti, però vedendo anche gli altri dati mi preoccupa un po', perché vedo che questo signore si porta la famiglia al lavoro e viceversa. C'è proprio una situazione di famiglia imbrigliata: lavora con la moglie, cioè cosa ne so, discutono magari anche della cura dei figli. Potrebbero esserci dei problemi sulla gestione dei figli che si portano al lavoro, problemi del lavoro che si portano a casa... Una famiglia in cui ogni sfera extrafamigliare viene vissuta all'interno della famiglia e viceversa. Quindi è difficile uscire. Non sappiamo se questo signore ha dei momenti di

sfogo. Inoltre ha appena avuto due lutti pesantissimi da figlio unico, ha avuto un periodo di depressione. Ha fatto un mese in casa e ne è uscito con i farmaci. Mi chiedo: la moglie dov'era, i figli lo hanno aiutato? Lavorare sulla dinamica familiare mi sembra naturale per tutte queste questioni. Anche sul discorso dei feedback esterni... chiamare la moglie, fare sì che dentro alla terapia ci sia questo scambio di vissuti o di narrazioni può essere utile. Se all'interno della dinamica tutti e due si possono parlare con me che arbitro che cerco di includere la visione di uno in quella dell'altro, potrebbe essere proficuo per far sì che queste due persone si ascoltino. Nella descrizione della depressione non c'è traccia della moglie...Mi viene da dire: vivono in camere separate? sono separati in casa? Queste dinamiche mi sembra di non vederle qui e sarebbe interessante chiederle a lui e alla moglie e magari anche ai figli, che magari hanno qualcosa da dire. Vedere come funziona questa famiglia. Al di là della personalità del signore a me sembra davvero una famiglia che continua a lavorare su se stessa in tutti gli ambiti. Nessuno sembra avere un momento per se stesso e quindi lo chiederei.

*Domanda 3:* Una domanda per la prof. Bozuffi. Io magari sono legato ad un'immagine della psicoanalisi un po' antiquata, però mi ha meravigliato che non abbia posto il focus sulla depressione successiva al lutto come sintomo di un possibile rapporto non risolto con le figure genitoriali.

*Domanda 4:* Volevo fare una domanda che mi chiarisse le differenze dei tre approcci rispetto alla diagnosi. Mi è sembrato che nell'approccio del dott. Bertacca sia determinante per stabilire il prosieguo della terapia e nell'approccio del dott. Restori sia invece meno rilevante. Lo psicodinamico mi sembra invece che stia nel mezzo, che ci sia ma non sia poi così determinante nell'orientare il successivo trattamento.

*Vanni:* Prima di darvi la parola per le risposte, vorrei fare qualche sottolineatura. Intanto mi sembra che per tutti e tre sia venuta fuori, maggiormente rispetto agli incontri precedenti, la questione delle premesse del terapeuta. Cosa succede dal punto di

vista del terapeuta nell'incontrare una persona di questo tipo. E su questo quindi vi chiedo se avete voglia di dire qualcosa di più. Simone ha già detto qualcosa.

Un altro aspetto mi pare che sia quello della sottolineatura più sulla relazione terapeutica come riedizione del passato piuttosto che come opportunità di sviluppo, scoperta, centrata sulla nuova relazione nel qui e ora. Simone dava molto rilievo alla prima questione, tenere conto che questo è uno fatto così, stabilmente così; mentre per gli altri c'è più spazio per l'opportunità che costituisce la relazione con quella persona in quel modo, in quel momento.

L'ultimo aspetto che sottolineo è l'inclusione degli altri. Rispetto anche agli incontri precedenti, in cui i colleghi avevano molto centrato la relazione sul tema famiglia, quasi non erano venuti fuori, adesso esagero un po', momenti in cui la persona veniva vista singolarmente, Antonio Restori ha sottolineato questa possibilità, includendo anche l'opportunità di vedere la moglie e di includere in modo drammatizzato persone del passato che sono state importanti. Mentre Vanessa Bozuffi mi sembra non contempi una convocazione reale del coniuge nel suo approccio e forse neanche Simone Bertacca. E' interessante.

*Bertacca:* Non lo escludo, può starci.

*Bozuffi:* Mi allaccio all'Edipo, che è stato chiamato in causa. Sì, questa è una impostazione piuttosto classica. Come ho sottolineato prima, a me di questa questione colpiva l'idea che emerge dal racconto del paziente ... secondo me è organizzato così per farci andare in una direzione diagnostica, quindi è enfatizzato. Un po' devo dire, come accade in università studiando i tre diversi approcci, nei quali vengono enfatizzate le differenze, che a livello accademico sono molto importanti, poi quando si va a sporcarsi le mani con il lavoro reale le differenze vengono un po' a perdersi, perché il lavoro è molto più complesso di quello che appare sui libri, e così anche le persone. Un caso clinico di questo tipo, che è una buona traduzione di un certo quadro, è difficile da trovare così chiaro. Le persone sono molto



più complesse e complicate.

Di tutta questa situazione a me colpiva il vissuto del paziente che non riguardava la perdita e il lutto, ma il suo ruolo rispetto alla relazione con la madre. E questo mi fa riportare il discorso all'idea dell'Edipo, cioè di una situazione in cui si impara una modalità di mettersi in relazione non più diadica. In questo senso si può parlare di Edipo. Io all'Edipo freudiano non dedicherei molta attenzione. Non penso che funzioni così. La crescita e lo sviluppo della mente umana non penso sia indirizzata dallo sviluppo di una pulsione definita libido. Ma questa è una posizione più moderna rispetto a una psicoanalisi ortodossa che invece si centrerebbe su questo. Non è il mio modo di interpretare il dato che emerge qui.

Per quanto riguarda la questione diagnostica, io la ritengo fondamentale. Possiamo fare diagnosi utilizzando delle procedure o dire che non facciamo diagnosi, ma è impossibile che nella mente di un clinico non ci sia un'idea diagnostica delle persona che ha di fronte, perché facciamo questo mestiere, non un altro. Chi è abituato a lavorare con determinate categorie poi le utilizza. Il punto non è tanto se la facciamo o no, ma cosa ce ne facciamo. Se la diagnosi diventa l'etichetta con cui copriamo la persona, allora è di intralcio nel lavoro, se diventa un titolo ad una narrazione che co-costruiamo certo con il paziente, ma per la quale ci rendiamo strumento, allora la diagnosi ci aiuta molto a capire come indirizzare la nostra lettura di questa narrazione che sarà sicuramente complessa, che sarà non uguale per un'altra persona, anche se avrà lo stesso titolo. La diagnosi è fondamentale per capire quali sono gli aspetti più profondi che organizzano l'esperienza che il paziente ha della realtà. Dal mio punto di vista è sempre qualcosa che si co-costruisce, sia in stanza di analisi che fuori. Pertanto nella lettura della realtà ci sarà sempre qualcosa del paziente e qualcosa di chi la sta vivendo con lui.

*Bertacca:* Io penso alla psicoterapia come una piazza, alla quale arrivi da tante strade. La psicoterapia va vista in questa maniera. Non ci sono approcci più efficaci, ci sono approcci più snelli. Esiste la maniera di fare le cose più o meno velocemente, ma più o meno gli accorgimenti

sono gli stessi. Vi accorgete nella pratica clinica che le cose che funzionano sono sempre le stesse. Qualunque sarà il vostro approccio terapeutico vi accorgete che c'è una enorme somiglianza tra interventi riusciti e c'è molta differenza tra quelli non riusciti.

Rispetto alla domanda sulla diagnosi è stata colta la differenza strutturale tra i nostri approcci, non è detto poi che con il paziente reale di fronte non facciamo le stesse cose. La diagnosi io la ritengo molto importante, non perché sono psichiatra, ma perché mi fa anche capire i limiti. Noi siamo sempre orientati sulle risorse dei pazienti perché accettare Alessandro in terapia .....Alessandro è una roccia. Sono quelle persone che ti fanno andare a casa incazzato come una bestia perché non hai trovato il bandolo della matassa... Sto parlando di cose reali. Però quando arrivi a casa e ti dici "Ah, però, è un paziente narcisista", automaticamente c'è un sistema di scarico per cui te nella diagnosi avevi già colto il limite del tuo stile di intervento. Perché non porsi nessun limite realistico, cioè si può fare tutto...è un problema. Non si può fare tutto. Non è che non ci sono limiti perché persone strutturate di una certa età, che magari hanno forti rimandi dall'ambiente esterno, non li cambi facilmente. Il richiamo dei rinforzi, delle conferme, dei successi, tende a stabilizzare molto quello che loro fanno. Faccio sempre lo stesso esempio: voi tutti tifate per il calcio. Pensate alla vostra squadra preferita e a ciò che ve la potrebbe far cambiare. Io ho visto persone che hanno seguito 10 campionati della stessa squadra che arrivava sempre ultima perché ci credevano. Quando si arriva a della scelte che non sono mutate dalla logica e forse nemmeno dall'inconscio, ma dalla natura delle persone, che è una cosa che sta ancora dietro, lì non ci potete far nulla. Quindi riconoscere questo limite quando lo vedi è importante. Questo la diagnosi non te lo permette nella totalità, però ti dà un'idea di quello che hai davanti. E quando hai un'idea ti sai orientare meglio, sai anche che un fallimento ci sta. E' chiaro che so ho una ragazza di 20 anni che ha un attacco di panico ogni tre mesi, la vado a curare e dopo. due anni ha sempre lo stesso attacco di panico, è evidente che qualcosa non l'ho fatto bene, perché era una paziente con un problema piccolo. Però se mi

trovo davanti una persona strutturata, di successo, che a 50 anni si pone il problema che sua moglie non gliela dà più, non è che arrivo io come il santino dal cielo con la luce e indico la strada per il paradiso. Credo più realisticamente in un lavoro di smussatura per cui si possano fare certe cose.

Per l'Edipo: io non so se Freud nascesse oggi se ci crederebbe nell'Edipo. Forse anche una capacità nostra è quella di mettere un po' in discussione le proprie basi. Bozuffi ha detto cose che condivido pienamente.

Cosa ci è rimasto, la relazione. Dal mio punto di vista è un altro problema aperto, non so neanche se è una cosa che è successa solo a me. Solo che parlando con gli altri colleghi, fuori dagli ambulatori, queste cose ritornano: "Ma io non me lo aspettavo...". Queste cose sono all'ordine del giorno. Sarebbe bello che le cose succedessero come sono descritte sui libri, sarebbe bello che in 30 righe si riuscisse a capire una persona... però nella realtà .....tutto questo è molto lontano dalla realtà. Quindi poi le persone mentono, le persone distorcono, le persone scordano o ricordano solo quello che vogliono, le persone sono belle e brutte perché se ti arriva un bello o un brutto in terapia non è la stessa cosa...Per cui alla fine certe cose ce le possiamo anche scrollare di dosso...Sapete com'è la preghiera degli alcolisti? "Mio Dio dammi la forza di cambiare le cose che posso cambiare, l'intelligenza di capire quelle che non posso cambiare e la saggezza di distinguerle".

*Restori:* Parto da un aneddoto: ho fatto un colloquio anni fa con Simone, non ricordo esattamente il tempo, ma all'incirca in 120 secondi, dopo aver somministrato circa 10 domande di tipo vero o falso, confezionò la diagnosi, depressione con base ansiosa di tipo fobico. Questo modo di fare diagnosi a me non interessa e non dovrebbe interessare nemmeno agli psicologi farla, in quanto siamo psicologi e non psichiatri. Ciò che a me interessa è la diagnosi riferita al suo significato etimologico: 'dia gnosis' io conosco attraverso.

Il lavoro diagnostico dello psichiatra interessa questo sistema sanitario, dove conta produrre prodotti in fretta, vedere

persone in fretta, dare risposte in fretta, possibilmente utilizzando strumenti efficaci. E i farmaci sono strumenti efficaci finché si usano. Io credo sia importante la riflessione sul fatto che ogni relazione ci fa imparare qualcosa. Credo che ogni paziente, nel momento in cui si rivolge a noi, ci chiede di cambiare la propria condizione di sofferenza, possibilmente senza cambiare i propri sistemi di premesse. Non ci vede con curiosità, ma come colui che dovrebbe dargli lo strumento del cambiamento, possibilmente indolore. Questo percorso non è indolore, e lo sappiamo bene.

Tornando al discorso che si faceva prima, credo che siamo nella relazione e dobbiamo capire che tipo di approccio assumiamo quando incontriamo una persona. Se assumiamo un atteggiamento di tipo osservante, distaccato, giudicante, non risultiamo curiosi, e allora significa che stiamo cercando di riconoscere dei segni rischiando di reificarli attraverso descrizioni diagnostiche di tipo lineare. Io credo, invece, che la nostra forza sia la curiosità. Se noi perdiamo la curiosità verso una persona, entriamo a gamba tesa con le nostre premesse, con i nostri sistemi di credenze, costruiamo qualcosa che è più nella nostra testa che nella persona che abbiamo di fronte. Io imparo qualcosa nella relazione con il paziente se sono curioso. La diagnosi psicologica è tutta un'altra cosa; io credo la si possa costruire; quindi una costruzione corretta è una costruzione nel tempo, abbiamo scelto di fare gli psicologi e non gli psichiatri, perciò siamo avvantaggiati su questo punto, perché possiamo prenderci il nostro tempo. Non ho mai avuto nessuno, nei servizi aziendali per i quali ho lavorato, che mi dicesse che stavo vedendo poche persone a fronte di quello che dovevo rendere. Io vedo molte persone, mi trovo il mio tempo per vederle. Arriva il momento in cui posso assumere su di me un carico che stimo compatibile con le mie competenze e capacità, ma mai nessuno mi ha fatto fretta. Per fortuna che a noi psicologi non fa fretta nessuno. Il nostro mestiere credo sia stupendo, le persone che incontro in terapia non sono per me un impiccio, che devo velocemente guarire, ma sono persone che sicuramente mi restituiranno qualcosa. Credo che esista un sé narrante della nostra vita e che abbiamo la necessità di sentirlo come ciò che tiene le fila di tutti i nostri sé nei vari contesti; io credo però che se

siamo sufficientemente convinti di possedere una base di significati solidi riguardanti il nostro senso del sé, abbiamo una possibilità maggiore di diventare psicologi di questa nostra era, nella quale incontriamo culture differenti, modi di stare al mondo differenti, senso di famiglia e di persona differenti. Se non alleniamo questa capacità di curiosità autentica rischiamo di fare i dottori dell'omeostato che codificano l'oggetto osservato nel nome della scienza. Umberta Telfener ricordando l'etimologia di scienza, parla di dividere: ciò sta a significare che separiamo in continuazione, credendo di sapere che quello che osserviamo sia la realtà o che ciò che pensiamo debba essere codificato. Differenza da sistema: 'sun', insieme, guardare le cose insieme, perché noi siamo insieme, e insieme dobbiamo trovare dei percorsi, dei processi che risultano significativi.

*Bertacca:* Non replicherò.

*Vanni:* Bene, mi sembra che anche i toni accalorati mostrino la passione viva con la quale i colleghi fanno il loro lavoro e lo declinino anche concettualmente.

Vediamo adesso la seconda vignetta clinica che potrebbe aiutarci a capire di più.

## **2° CASO – Maria**

*Maria ha 30 anni quando i vicini di casa chiamano il 118 perchè sentono urla e rumori provenire dal suo appartamento. Sono alcune ore che non riescono a dormire ma soprattutto non è la prima volta che succede, anche se mai così a lungo.*

*Maria si arrabbierà molto per questo intervento dei vicini che, secondo lei, sono in realtà solo gelosi del suo amore, un po' burrascoso, questo sì, con Beppe. Anche Agata e Pietro, di 3 e 6 anni, non sembravano troppo scossi. Il medico del 118 suggerisce comunque a Maria di fare un colloquio al Centro di Salute Mentale, magari insieme a Beppe, 'per stare meglio insieme'.*

*Beppe non ne vuole sapere ma Maria trova che sia una buona idea. In effetti nessuno la capisce, dice allo psicologo che la vede al primo colloquio.*

*Anche con Beppe, dice, litiga perchè lui vuol fare sempre quello che gli pare, non la rispetta e, forse, ha un'altra.*

*Maria lavora in una pasticceria, ha fatto una scuola superiore con qualche difficoltà e sta con Beppe da 7 anni. Ha cambiato diversi lavori ma qui, in pasticceria, si trova abbastanza bene. Ci lavora da un anno e mezzo e vorrebbe restarci. Il padrone è gentile e, forse, un po' innamorato di lei.*

*E' mora, di altezza media, non brutta, con due occhi verdi luminosi. Alla fine del colloquio confessa allo psicologo, prima di accettare il prossimo appuntamento, che in effetti Beppe la picchia ultimamente e che lei non sa come fare.*

*Al secondo colloquio Maria non si presenta; lo psicologo la chiama e le chiede se vuol venire un'altra volta. Maria accetta. Arriva puntuale. E' molto appariscente e curata ed un po' tesa nei modi. Racconta che sta male, che ha pensato molto dopo il loro primo incontro e che vorrebbe proprio essere aiutata. Beppe la trascura e lei si sente molto male. Si è tagliata, dice, e stava per fare una sciocchezza come l'altra volta. A domanda dello psicologo Maria racconta di aver preso un bocchetto di Tavor l'anno scorso e di essere finita al Pronto Soccorso. Era esasperata e non ce la faceva più. Beppe, i bambini, il lavoro.....*

*Bozuffi:* Ci sono dei dati che ci indirizzano molto: l'autolesionismo, il tentativo di suicidio con l'ingestione del Tavor, qui non specifica neanche esattamente la quantità, quindi non sappiamo cosa volesse fare Maria. Ha un mondo esterno, che corrisponderà a un mondo interno, un po' caotico. I confini delle relazioni non sono ben chiare, e neanche il confine generazionale, i bambini di 3 e 6 anni... in questi casi mi viene da dire che i bambini sono tangenziali. Vengono citati e non vengono presi in considerazione. Penso che la relazione con i propri figli sia un dato molto importante da tener presente, questo come cosa generale.

Ci veniva da sorridere con il collega, perché con una strutturazione di questo tipo, il fatto che faccia la pasticciera è un dato strano. Ci vuole una precisione e una meticolosità in questo mestiere non comuni. A fare

questo lavoro ci vedrei meglio una struttura ossessiva.

Il metodo sarebbe sempre quello: indagare delle aree emergenti: la relazione con Beppe, l'emozione della rabbia, non penso messa lì a caso. E' una grossa area di indagine. Sembra che Maria non abbia altri rapporti al di fuori di Beppe e del luogo di lavoro. Anche questa area la indagherai. Mi sembra un po' ritirata in questo microcosmo burrascoso. Tipico è il salto dell'appuntamento.. anche questo è un problema; far rispettare il setting, non tanto durante i colloqui, ma in terapia rispetto a questo tipo di strutture è molto difficile. Penso che ognuno trovi una soluzione a suo modo, perché al di là di come funziona un paziente, di quello che ci propone, c'è poi la nostra personale risposta. Ci sono terapeuti che funzionano in modo più rigido, altri in modo più flessibile. C'è una regola che va rispettata, ma le regole vanno conosciute bene per sapere come, in qualche modo, possono essere superate e dimenticate. Se noi ci limitiamo in una relazione anche terapeutica con una persona ad applicare delle regole, questa è sicuramente l'unica cosa sbagliata dal principio, perché non siamo autentici, e se non siamo autentici non possiamo lavorare molto in profondità con le persone.

Sicuramente con questa paziente uno dei primi problemi che ci si porrà davanti sarà quello di trovare un modo per cui la coppia possa restare dentro a qualcosa di un po' più normato.

*Restori:* La questione che mi balza in evidenza, e che va in risonanza con tutte quelle situazioni negli anni che ho seguito nei servizi sociali, è che i livelli di emotività espressi nel contesto familiare risultano piuttosto spiccati, laddove donne in seria difficoltà dal punto di vista della propria integrità fisica chiedevano la tutela loro e dei loro bambini da partner troppo aggressivi.

La prima cosa che mi ha evocato questa lettura è l'immagine di una donna, di una madre che ama quest'uomo; ma che nello stesso tempo vive grande tormento e sofferenza perché questo è lo stesso uomo che, insieme al lavoro e ai bambini, le fa dire che non ce la fa più.

Un altro aspetto che credo sia importante, al di là delle considerazioni sulle capacità di

questa donna di organizzarsi dal punto di vista di una struttura difensiva adeguata, capace di orientarsi in un suo percorso esistenziale, è cosa penso del concetto di vittima e di carnefice nelle relazioni, qual è il mio modo di pensare di fronte a questa polarizzazione, che generalmente, se non ben tenuta in considerazione, rischia di deviarci su strade poco costruttive. L'idea in genere è quella di arrivare a difendere la vittima e allontanare il carnefice, quando invece, nell'approccio sistemico, la vittima e il carnefice sono due espressioni di una relazione che non può essere separata e vista in termine di giudizio. La vittima è generalmente giudicabile come non colpevole, mentre il colpevole è il carnefice. Il paradigma sistemico si muove diversamente: vittima e carnefice partecipano assieme alla costruzione di una rapporto, di una relazione che nel tempo viene perpetuata; lavorare solo con la vittima quindi non è sufficiente.

Un altro concetto che mi piacerebbe sottolineare; essendo uno psicologo che ha lavorato e si è occupato di gestione dei rapporti nei servizi, riguarda il medico del 118 che suggerisce a Maria, in questo caso, di fare un colloquio con il CSM, magari insieme a Beppe. Questo mi ha colpito. Questo per dire come figure mediche, che magari non hanno competenze cliniche o psicoterapeutiche, sono figure molto interessanti, su cui è bene che noi psicologi fissiamo l'attenzione. Con loro andrebbero create connessioni costruttive di lavoro.

Possiamo quindi constatare quanti presidi sul territorio possono essere determinanti, perché è lì che si possono incontrare situazioni di sofferenza prima ancora che vengano contattati i servizi psichiatrici del territorio, anche se non hanno gli strumenti per affrontare questo tipo di problematica. Nei servizi psichiatrici sono presenti sostanzialmente figure professionali psichiatriche che tendono a bloccare la sofferenza con il processo di elaborazione diagnostica che conosciamo, e l'uso dei farmaci. Troviamo servizi nei quali ci sono 10 psichiatri e 1 psicologo; penso dovrebbe essere il contrario. In un incontro avvenuto in un seminario sulla professione della psicoterapia, il dott. Caccavari, esponente di spicco della medicina parmense e ispiratore della nascita del Sert a Parma, ha affermato che la media dovrebbe essere di 4 psicologi e 1



psichiatra. La scelta sanitaria attuale (comoda all'industria farmaceutica) fa sì che molti pazienti rimangano imbrigliati in strutture inadeguate. Ovviamente è importante mantenere contatti con i medici di medicina generale, poiché intercettano la sofferenza quando questa non si è ancora profondamente radicata.

*Bertacca:* Chi ha visto 'Pulp Fiction'? Cosa dice John Travolta a Samuel Jackson quando stanno per entrare dove hanno fregato i soldi a quelli che hanno spacciato? 'Adesso entriamo in scena'.

Sintetizzo. Questo caso è molto sintetizzato, diventa una descrizione quasi grottesca. La domanda è questa: che sensazione avete verso questa donna? Simpatica, antipatica, indifferente...

*Risposte diverse:* irritazione, antipatia, solitudine, tristezza, irritante, caotica, triste,

*Bertacca:* Avete dato impressioni abbastanza diverse. Questa è la sensazione che avrete con una sola paziente nel corso di più incontri con una paziente borderline. La vedrete come tante persone; avrete le sensazioni di tante persone.

Da come viene descritto questo caso, l'orientamento diagnostico è da psichiatra, e lo rimarco, è quella di una paziente con una organizzazione di tipo istrionico borderline. Come tale è una persona che vive una vita caotica sia nelle emozioni che nel vissuto degli affetti. Penso che una delle migliori maniere per leggere questi disturbi non è leggerli attraverso i sintomi, ansia, depressione, ma sul vissuto del tempo. Che percezione del tempo ha questa persona secondo voi? Una caratteristica di queste persone è la istantaneizzazione del tempo. Il tempo non è una linea, ma una serie di punti non uniti, una percezione frammentaria. Ogni evento non è conseguenza né causa del successivo, ma vive una sorta di esperienza monadica, nel senso che ogni cosa vale come equidistante. Come tale viene vissuta come assoluta, definitiva, e come non contraddicibile. Queste cose mi fanno pensare ad una organizzazione di personalità che noi psichiatri chiamiamo borderline, in cui questo in definitiva

pervade tutta la tua vita. E' strano che faccia la pasticcera: una che vive in questa condizioni pensare che si alzi alle 4 di mattina e vada a lavorare fino alle 2 del mattino ci sembra una cosa che... però vi siete persi una cosa, che il suo titolare è già innamorato di lei.....

*Bozuffi:* Non è tanto l'orario da rispettare ma la tipologia del lavoro. E' un tipo di lavoro di estrema precisione. Siccome anche io propendo per una diagnosi di questo tipo, più che altro per una disregolazione emotiva, come la chiama una psicologa, dico che mi sembra molto particolare, in senso positivo, che una persona che ha così difficoltà a regolarsi autonomamente rispetto alle proprie emozioni, riesca a regolarsi in un lavoro di estrema precisione, in cui vanno rispettate quantità, tempi, temperature.

*Bertacca:* C'è anche il fatto di aver cambiato diversi lavori. E' chiaro che i pazienti non sono dei cubi, hanno delle risorse personali su cui si può costruire. C'è il discorso della relazione burrascosa; ci sono persone che fanno la proporzione tra le botte che prendono e l'amore che provano. Dico poi una cosa che sembrerà strana: per me è più facile lavorare con una persona come questa che con una come il primo caso. Dal punto di vista della possibilità di trasformazione terapeutica, per me è moto più facile lavorare su questa paziente di 30 anni che con quello di 50 anni perché sono strutture di personalità caratterizzate da estremo caos, ma se riesci a fare un po' d'ordine qualcosa lo fai. Dal punto di vista dell'azione terapeutica viene difficile costruire una relazione continuativa sulla base del fatto che loro sono ciò che si sentono. Quando loro arrivano nell'ambulatorio di buon umore sei un Dio, se sono di pessimo umore sei un imbecille. Questo è un fatto con cui tutti dobbiamo confrontarci e sopravvivere a questo, all'opinione troppo buona o troppo cattiva dei nostri pazienti. Dal punto di vista del trattamento temo che qui il cognitivismo possa fare poco; si può lavorare molto su aspetti che riguardano la mentalizzazione. Molto spesso questi pazienti hanno difficoltà a rappresentarsi la mente degli altri, cioè non riescono a capire come pensano le persone. Spesso hanno difficoltà che uno possa

arrabbiarsi o essere offeso per le cose che fanno, o che certi complimenti che fanno possono imbarazzare. Loro non percepiscono questo e riescono solo a registrare i fatti concreti della vita. Ogni cosa non è trasformabile in una cosa assimilata. Avviene episodicamente qualcosa che tu vivi per un momento e il momento dopo non c'è più. Per questo hanno sempre bisogno di avere accanto una persona, perché quando non c'è non hanno costanza dell'oggetto. Al momento della sparizione degli oggetti di attaccamento non percepiscono più la loro presenza, per loro scompaiono come se non esistessero. Per questo hanno sempre bisogno di stare addosso a qualcuno. Questo stimola atteggiamenti seduttivi, perché usano il fisico per attirare le persone. C'è tutto un universo, una costellazione che ha un senso. Pur essendo caotica ha un significato. Questo tipo di organizzazione la troverete, nel lavoro, più spesso nel pubblico perché nel privato generalmente, per la vita caotica che fanno, non riescono a trovare i soldi per pagare un terapeuta. Sono persone che troverete spesso, soprattutto in problemi di tipo familiare, e qui ha un senso specifico il discorso di Restori di una presa in carico molto globale di questi casi. Dal punto di vista della predittività diagnostica ritengo più semplice lavorare con un paziente borderline che con un narcisista, perché levata l'aggressività, l'alternanza dei ruoli, è più fluida, meno irrigidita, meno confermata dall'esterno. Quindi paradossalmente una volta superati i grossi problemi iniziali, il lavoro può essere molto gratificante, si può arrivare a buoni risultati; io ho curato moltissimi pazienti borderline. Vi posso dire che possono avere un buon andamento, soprattutto quei pazienti in cui la componente emotiva è prevalente, dove non c'è una grossa noia, un grosso vuoto, un grosso aspetto anedonico. L'impulsività è una cosa che poi si può ridurre anche notevolmente.

*Vanni:* Mi domandavo se voi pensate già di conoscere questa persona oppure vi disponete a conoscerla e come vi disporreste a conoscerla.

*Bozuffi:* Bionianamente ovviamente. Nel senso che penso

sia il modo di ascoltare di uno psicologo che è stato magistralmente messo in luce da Bion. Bion ci dice che quando ci rapportiamo a qualcosa di nuovo innanzitutto la prima emozione è una grande paura, perché se ci rapportiamo davvero a qualcosa di nuovo ci sta muovendo delle cose internamente. Tanto è la nostra capacità di stare lì con questo senso di insicurezza, di non sapere, che ci mette in seria difficoltà, soprattutto quando abbiamo il ruolo di quelli che sanno, perché siamo visti così, noi lo sappiamo perfettamente di non sapere nulla. Stare lì con questo ruolo e sapere di essere un po' in difficoltà è veramente difficile a livello emotivo. Tanto più riusciamo a restarci, tanto più ci apriamo all'ascolto, a raccogliere questi dati caotici che ci arrivano, e in questo caso proprio caotici, per trovare quello che Bion definisce 'il fatto scelto', cioè quella cosa che sarà in grado, sarà un elemento che darà un senso a tutto questo caos, ci metterà in grado di organizzare tutti i dati che emergono per trovare la risposta, che sarà la risposta giusta perché siamo stati veramente in ascolto. Giusta, non giusta con la lettera maiuscola, ma giusta in quel momento e in quella relazione. Questo è quello che Bion definisce la relazione tra la mamma e il bambino ma che è il prototipo di ogni relazione quando ci si pone in ascolto.

Io non penso di conoscere Maria al di là di quello che voleva farmi pensare quello che ha scritto questo caso, cioè che fosse una persona con una diagnosi di questo tipo. In questo tipo di struttura ci sono elementi di un certo tipo che infatti ricorrono e ci indirizzano verso questo modo di pensare, ma ci sono anche cose che riguardano la storia del paziente, come il paziente è stato nella propria storia, con le persone che ha incontrato in questa storia. Questo è tutto da scoprire insieme, non possiamo saperlo a priori.

C'è poi un altro dato che è come il paziente incontra noi, in cui dovremo riuscire a capire quanto c'è di nostro in quello che vediamo fare alla paziente. Questo sarà fonte di grandi informazioni, sempre che mi ci metta in quel modo che vi ho descritto.

*Restori:* Io mi presento con questa mappa, con una descrizione che deve essere

messa tra virgolette perché in parte entra in risonanza intima con i miei sistemi di premesse e quindi questo tipo di sensazione la devo tenere in conto. Credo condizioni molto le mie emozioni nel momento in cui incontro questa persona, e in effetti sono molto d'accordo con la visione bioniana. Questa competenza all'ascolto delle proprie emozioni è importante e noi sistemici abbiamo molto da imparare dalla teoria psicodinamica. Abbiamo iniziato a parlare di emozioni alla fine degli anni '80, inizi anni '90. Io credo che se ci avviciniamo alle persone che vediamo chiedendoci :“E' facile o è difficile lavorare con questo soggetto?”, dobbiamo chiederci quale è il nostro sistema di premesse che ci porta a pensare che possa essere facile o difficile.

Secondo me il pensiero che sta a monte della costruzione della polarità facile-difficile è il paradigma della risoluzione: è facile o non è facile risolvere un problema? Non credo che ciò sia un problema della psicoterapia, ma solo di chi ha una visione lineare dell'approccio alla persona, pensando che esistano delle cose che dobbiamo incorniciare, gestire, manipolare. Non è questo il nostro mestiere. Spero che voi non vi approciate in questo modo nei confronti delle persone che soffrono.

Io, generalmente, mi avvicino alla persona con tutte le emozioni del caso e cerco di lasciarle in stand-by; in seguito di rivederle e poi andare oltre; poiché nel momento in cui le vediamo possiamo anche non identificarci nelle emozioni, e quindi non reagire ad esse.

Io insisto sul discorso di curiosità. Mi aproccio alla persona con quel livello di curiosità che mi porta a cercare nella sua storia personale come si è costruito il suo percorso; magari entrando in risonanza con le mie emozioni, osservandole mentre ascolto la storia. In conclusione: tanto maggiore è la curiosità più spazio ho per accogliere qualsiasi tipo di narrazione.

Se posseggo questo tipo di sistema mentale, sono in grado di raccogliere più narrazioni, e di conseguenza posso andare a ridefinire una ri-narrazione all'interno di una visione gestaltica di esistenza, capace di assumere una forma più esteticamente accoglibile e credibile.

*Bertacca:* Se vedete uno che si butta verso la finestra prima lo prendete per il bavero e dopo gli chiedete come si chiama. Ci sono situazioni che richiedono interventi. L'epistemologia è importante, ma ci sono cose che non possiamo far finta che non succedano. Se un paziente si taglia si fa male e ad un certo punto fa anche qualcosa che non deve, un bel colloquio mirato alla soluzione di una situazione di crisi ha un significato. L'accettazione, io sono d'accordo, però deve essere un fatto in cui ci sia una possibilità di creare questo spazio. Con queste persone a volte non avrete questo margine. Vi invito a riconoscere quando questo si verificherà.

*Bozuffi:* Vi invito a riconoscere, perché non sempre dovete prendere la persona per il bavero. Questo è importantissimo. Se non sapete chi è prendetela per il bavero, perché magari la situazione è davvero urgente, ma se la persona è con voi da un po' di tempo dovete riuscire a capire che tipo di situazione si sta profilando, perché si rischia di deresponsabilizzare e di togliere la possibilità di mentalizzare la possibilità di curarsi di se stesso, di volersi bene e di non arrivare a un atto reale. Non sempre persone di questo tipo stanno per farsi veramente del male.

*Domanda 1:* Io sono rimasta molto perplessa dall'intervento del dott. Bertacca. Dopo una storia di una decina di righe è stato in grado di dire com'è una persona, quali sono i suoi limiti, come si sta nella relazione... A me sembra che le proprie premesse le porta molto avanti. Dopo che ho detto che una persona è fatta così e non è fatta così la persona dove è andata a finire? Quando è che la ascolto? Che le chiedo un riscontro? Mi sembra un modo di approcciarsi alle persone in generale, come mettergli un vestito addosso. Mi chiedo, successivamente la terapia a cosa serve? Per cambiare una persona? Se una persona è così, io ti faccio diventare così? Oppure per permettere alla persona insieme al suo contesto di costruirsi in modo diverso? Oltretutto, se tu sei così e io ti faccio diventare così, quando torni a casa tua nessuno ti riconosce più e tu non riesci più a stare nelle relazioni con gli altri. Secondo me è un modo di approcciarsi alle

cose che vede poco le persone.

Poi lei diceva “Bisogna riconoscere quando c’è un situazione urgente perché bisogna fare” e io mi chiedo, è necessariamente detto che fare un colloquio in una situazione di crisi sia più un fare che invece ascoltare veramente quello che porta una persona? Quale delle due cose produce un vero cambiamento quando una persona è disperata.

*Domanda 2:* Condivido parzialmente certi dubbi. Mi ha stupito lo stupore che una persona con una struttura così faccia quel tipo di lavoro. Beh, lo fa. Io rimango legato al dato di realtà: finché ci sta dentro buon per lei. Anche a me fa un po’ specie come si fosse già deciso un certo tipo di struttura. Penso che sia più proficuo avere un aspetto laico. Mi sarei aspettato un approccio più laico. Magari facciamo un test per scoprire che modelli di attaccamento ha questa donna, se scopriamo che ha dei modelli operativi interni di tipo ambivalente quadra di più la cosa senza andare a decidere che personalità possa avere. Io vedo meglio un approccio più curioso, come diceva il dott. Restori. Dico chiaramente dove propendo all’interno del dibattito di oggi.

Prendere per il bavero la signora sì, io sono un interventista di mio, sono un passionale, ma io glielo direi “Lo sa che se continua così potrebbe finir male?”. Però mi rendo conto che non è un problema della signora o della signora e del marito, di che idea abbiamo dell’uomo, della donna, del machismo, del femminismo. Questo ha un ruolo nella nostra costruzione dell’immagine delle relazioni. Le persone credo possano avere anche risorse. Se questa donna così confusa fa la pasticcera, che è un lavoro molto meticoloso... insomma avrei preferito un intervento che andasse più a mirare in modo più oggettivo, attraverso l’uso di test. Credo che se siamo stupiti di una cosa.. perché siamo stupiti? Lavoriamo su quello. A me una donna che prende le botte irrita, però mi chiedo se sta lì ci saranno dei motivi. Mi dà una sensazione di solitudine. E comunque io ritengo importante quello che diceva il dott. Restori sul rapporto vittima-carnefice. Io credo molto in certe situazioni nelle co-costruzioni, soprattutto nelle relazioni familiari. E ancora una volta questi figli, cavoli! Una mamma penso

sia difficile che tenti il suicidio. Credo che una mamma con due figli piccoli voglia che anche il marito sia tenuto dentro. Credo debbano essere coinvolti tutti e due nel lavoro.

*Domanda 3:* Mi sento molto d'accordo sui dubbi che hanno loro. Se uno mi descrive questa persona non mi viene da dire che è borderline ma mi viene da cercare di capire come potrebbe essere. Potrebbe anche essere che ha sposato un uomo che ha avuto dei problemi, è cambiato, è diventato un'altra persona e lei magari è una persona molta protettiva nei suoi confronti, gli vuole bene, lo vuole guarire, ci sta con quest'uomo e magari non è lei la persona che ha una struttura di personalità di questo tipo. Magari chi è problematico è il marito, anche perché lui non vuole andare in terapia, lei invece ci è andata subito. Questa cosa di saltare l'appuntamento mi sembra una normale segnalazione di ambiguità nei confronti della terapia... magari un giorno io sono spinta ad andare in terapia ed un altro no. Non mi sembra una cosa patologica. Anche perché nel tirocinio che sto facendo succede e bisogna mettersi nell'ottica che questa cosa va accolta.

*Bozuffi:* Dato il vespaio che il caso ha scatenato ci è venuta una battuta: la paziente è decisamente borderline. Quello che sta avvenendo tra noi e voi è esattamente quello che avviene tra terapeuta e paziente. Questo dato ce lo prendiamo e ce lo leggiamo.

Una precisazione: quando c'è un dato strano è importante. Se c'è un dato strano ci deve colpire e dobbiamo tenerlo presente perché è qualcosa che potrà tornarci utile. Per esempio a me l'idea che facci la pasticceria mi fa venire in mente che è un aspetto della sua vita che posso tenere come pietra di paragone funzionante, quando mi rapporterò con lei. Quindi non era un 'Mio Dio, mi rovina la diagnosi!' ma semplicemente la rilevazione di qualche cosa di importante, qualcosa che mi servirà in terapia. Ecco a cosa serve la diagnosi, a tirare fuori elementi che servono per fare un progetto per quella persona, che si fa insieme e che viene aggiustato continuamente strada facendo, ma da qualche parte



dobbiamo pur partire.

Una ulteriore precisazione: stiamo lavorando così perché lo scopo di questa giornata è fare emergere cosa facciamo di fronte ad una paziente. I pazienti sono dei casi, poche righe in cui ci vengono dati volutamente gli elementi in un certo modo perché noi si pervenga ad una diagnosi e ad un minimo di progetto terapeutico. Io penso che nessuno psicologo o psichiatra, di qualsiasi orientamento, riesca in un'oretta a leggersi un caso, fare una diagnosi e decidere un progetto terapeutico. E' un'esperienza più didattica che altro, che si sta spostando dalla didattica a cui siete stati abituati, cioè l'università, verso la realtà clinica. Noi vi facciamo vedere come ricaviamo i sintomi da un caso. E' già un po' avanti rispetto all'esperienza didattica, ma non è l'esperienza reale. L'esperienza reale è qualcosa di più complesso e di molto più complicato dove troverete delle persone che quasi mai sono così chiare nel loro funzionamento; quando incontrate una persona chiara, che vi dà un'idea diagnostica così chiara, avete vinto un terno al lotto, perché non succede mai. E anche per questo forse avere qualche strumento che ci aiuta a fare diagnosi non è poi così da demonizzare, anche da un punto di vista psicodinamico. Io personalmente non mi baso su una lettura di 30 righe per decidere cosa ha una paziente e fare un progetto terapeutico. Lo stiamo facendo qui come esercizio, tra l'accademico e il pratico, per dare modo a voi di introdurvi a questa cosa. La pratica è una cosa diversa, ci si arriva per approssimazioni successive, e questa è una di quelle.

*Bertacca:* Io volevo anche dire una cosa, che io mi sono divertito. Vi ho un po' preso per i fondelli. Ho voluto fare lo psichiatra. Il motivo per cui vi ho dato questa diagnosi è perché è scritto come il DSM IV. Ho semplicemente ritrascritto quanto esposto qui. E' chiaro che poi nel rapporto con il paziente ce ne sono di buoni, di cattivi, di simpatici, di antipatici, questo esclude la diagnosi. L'altro giorno parlavo con una mia paziente di questa area qua, che seguo da 8 anni, l'ho vista quando era tossicodipendente, adesso ha 40 anni, sta bene. Il motivo per cui ho sopportato 20.000 acting out è perché ritengo che sia una persona che ha coraggio. Questo

ovviamente va fuori dalla diagnosi. Ed è un po' macchiettistico pensare che non si pensi così. A volte si lavora con tempi limitati e risorse limitate, per cui a volte vedi i pazienti in 20 minuti e avresti bisogno di un'ora e non ce l'hai. Però nella testa della maggior parte delle persone penso esista il grano salis, cioè la capacità di discriminare quello che è un aspetto di codifica diagnostica da quella che è la descrizione di un universo di persone che spesso non conosci mai. Detto ciò ritengo che il messaggio di questa cosa, compresa la sana aggressività che mi sono tirato addosso, sia che è servito, perché poi sono queste le cose che si ricordano. Pur nella consapevolezza che i pazienti alla fine sono persone bisogna tener conto che la diagnosi serve anche per essere più tollerante. Io la vivo anche in un'altra ottica. Molto spesso ho visto persone che lavorano nel settore che rigidamente impongono certe cose, su quello sono molto tollerante e sono tollerante verso i fallimenti dei miei pazienti come verso i miei che è una cosa con la quale dovrete imparare a fare i conti. E' solo attraverso i fallimenti che imparerete a fare le cose bene. Di terapie finite bene sono pieni i libri. Ci sono pochi libri che parlano di terapie fallite. Molto spesso si fallisce e bisogna anche avere lo stomaco per sopportare questo e continuare a fare il lavoro. Bisogna chiedersi come sarebbe se non ci fossi, la vita di questa persona, anche se non riesco a risolvere alcune cose...

*Restori:* Parto dall'idea che il pasticciare sia un mestiere caratterizzato da meticolosità, estrema precisione e quindi, in un certo senso, rigidità. Il pasticciare è colui che ha la ricetta segreta, che sa come fare i bignè, sa dosare la quantità giusta, ad occhio, di liquore necessario.

Gli altri sono aiutanti e il loro compito non si spinge oltre; quindi emerge il bisogno di tenere sotto controllo la situazione, tipica situazione appunto di chi fa un mestiere caratterizzato da precisione.

Ad esempio, io so fare la torta di rose, ma quando devo stendere la pasta non voglio nessuno a fianco, perché solo io la so stendere come si deve; di conseguenza non mi fido di nessuno.

Il pasticciare deve controllare che tutto vada per il verso giusto. C'è una certa rigidità:

per fare un certo tipo di mestiere bisogna essere abbastanza attenti, forse poco inclini ad avere scambi con altre persone.

La questione dell'emergenza urgenza è interessante. Io non ho mai lavorato nei servizi con il mandato di intervenire sulle situazioni di emergenza; di questa si occupano i medici, gli psichiatri, che intervengono per ridurre la tensione, l'ansia la disperazione, la confusione mentale. Solo una volta o due mi sono trovato davanti ad una situazione di emergenza. Ricordo una volta nei servizi sociali della bassa reggiana un padre e una madre a cui doveva essere sottratto il figlio. Il padre ad un certo punto ha preso in braccio il bambino, minacciando di gettarsi nel vuoto se gli avessero sottratto il figlio. Stare nelle situazioni di emergenza non è facile. Il buon senso ci dice che è importante non lasciarsi eccessivamente guidare dalla propria paura, ma vederla sì. Forse, in questa situazione, il gesto disperato di quest'uomo può essere letto, dal suo punto di vista, come quello del salvare la famiglia. Se sono in grado di vedere il coraggio di questa persona, vuol dire che ho già fatto un bel lavoro sulla mia emozione. La dignità di questa persona che cerca di salvare il proprio figlio dai servizi. Credo sia importante domandarsi come mai si è arrivati ad un gesto simile. E' una questione su cui noi psicologi dobbiamo soffermarci. La domanda che faccio allo psicologo clinico o di comunità è che tipo di ruolo ha nei servizi affinché questa situazione possa arrivare a questo punto. Che tipo di spazio è stato dato a questo padre nel percorso di affiancamento terapeutico. Non si parla di emergenza urgenza ma di qualcos'altro. Gli psicologi all'interno dei servizi devono costruire percorsi di cura maggiormente credibili e meno iatrogeni. Il fatto che questa persona si trovasse in quel luogo a mettere in atto quel tipo di gesto ci dice che è importante chiedersi cosa il servizio aveva fatto affinché questo gesto non accadesse o comunque che ruolo ha assunto il servizio in questa circostanza. Ricordo alcune esperienze di morte per overdose tra pazienti dei Sert. Operatori che propongono di fermarsi un attimo a pensare in silenzio a cosa è accaduto, a ripensare al nostro ruolo, a quello che succede. La maggior parte degli operatori generalmente sento che non hanno tempo per pensare; devi sopravvivere alla sofferenza. Questo pensiero mi ha sempre

inquietato. Non riusciamo nemmeno a stare con i nostri lutti. Noi non siamo una macchina terapeutica. Così non si può lavorare. Una visione che tenga conto della responsabilità terapeutica, di come si organizzano i servizi e i sistemi di cura, è fondamentale, altrimenti si rischia di focalizzarsi solo sul sintomo e non sulla persona inserita nel suo contesto. Lavorare così è lavorare a vuoto.

*Vanni:* Mi pare che l'idea di processualizzare le cose sia un elemento che unifica. Cioè di trasformare questa situazione di partenza in qualcosa che in qualche modo evolve, pur con le diverse modalità, potrebbe essere un modo....

*Bertacca:* Una struttura che connette.

*Vanni:* Bene, mi pare che abbiamo avuto modo di confrontarci con tre approcci diversi alla patologia mentale di persone adulte. Mi sembra che più ancora che nel secondo e soprattutto nel primo incontro si siano viste le differenze più delle somiglianze. Ma anche le somiglianze ci sono e non sono piccole. Io non so se la questione psicologo-psichiatra sia così centrale ma di fatto questo terzo incontro è l'unico nel quale è stato presente uno psichiatra, ancorchè psicoterapeuta. Credo peraltro che Simone Bertacca abbia portato, con il suo stile, molto buon senso e molta esperienza espressa con molta chiarezza; credo che anche di questo dobbiamo ringraziarlo e guardare al suo contributo con molto rispetto. Molti sono i temi emersi, alcuni solo accennati, su altri ci siamo soffermati di più. Comunque il nostro intento di fornire uno stimolo alla riflessione che possa aiutare i giovani colleghi a scegliere il loro percorso di formazione alla clinica mi sembra sia oggi un pochino più vicino. Grazie a tutti.

## I tirocini post lauream in psicologia

V. Pasetti

Il tirocinio post lauream previsto per il laureati in psicologia è un percorso formativo finalizzato ad incrementare e sviluppare l'apprendimento delle competenze professionali e a costruire un progressivo senso di appartenenza alla comunità professionale.

Esso è previsto obbligatoriamente per coloro che intendano svolgere la professione di psicologo: senza questa esperienza non può essere sostenuto l'esame di Stato per l'iscrizione all'Albo.

La normativa che disciplina questo percorso (D.M 239/92, D.M. 240/92, D.P.R. 328/01 e la Convenzione tra ordine degli Psicologi dell'Emilia-Romagna e Facoltà di Psicologia degli Atenei di Parma e di Bologna) prevede che esso si svolga nelle 'aree disciplinari' di: psicologia clinica, psicologia dello sviluppo, psicologia sociale, psicologia generale e che si prefigga i seguenti obiettivi:

- costruire i nessi tra teoria e pratica, integrando i diversi saperi
- riorganizzare le competenze in vista degli interventi concreti sui bisogni delle persone
- condurre all'acquisizione di un ruolo professionale
- sviluppare la capacità di autoriflessione, componente indispensabile della professione di psicologo.

Esso si articola in due semestri consecutivi e deve essere assicurata una frequenza presso una struttura pubblica o accreditata di 500 ore e di 105 giorni per semestre. Questa esperienza avviene sotto la guida di un tutor esperto (iscritto all'Albo degli psicologi da almeno 4 anni) che non può seguire più di due tirocinanti contemporaneamente<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> Può avere altresì 1 tirocinante post lauream triennale, ma questa eventualità si è verificata solo una volta dacchè è presente questa figura.

Non è prevista una valutazione finale formale del tutor sul tirocinio svolto, ma la prova orale dell'esame di Stato verte anche su questa esperienza.

Nell'approccio che da sempre caratterizza la nostra proposta di tirocinio vi è una centralità della relazione con il tutor all'interno del servizio di afferenza ma sono previste attività integrative, che tradizionalmente si svolgono il mercoledì mattina a cadenza quindicinale, che comprendono sia momenti di scambio guidato di esperienze fra i tirocinanti sia attività seminariali (per esempio su temi complementari al tirocinio, come la deontologia o i nuovi ambiti di sviluppo professionale dello psicologo) sia occasioni di riflessione sull'andamento dell'esperienza condotti dal responsabile dei tirocini.

### Alcuni dati

L'Azienda Usl di Parma ha ospitato dal 1992 tirocinanti post lauream in psicologia.

Dal settembre 1993 al settembre 2011, 18 anni, abbiamo ospitato oltre 500 laureati in psicologia per tirocinio post lauream.

- 75 nei primi 7 anni, fino a marzo 2000,
- 404 da marzo 2000 a settembre 2009,
- 35 dal marzo 2009 al settembre 2011.

Abbiamo approfondito in particolare la seconda trince (2000-2009) sulla quale forniremo alcuni dati utili.

I materiali utilizzati fanno parte del sistema di selezione, valutazione e monitoraggio utilizzato dal 2000 ed i risultati sono stati elaborati dall'autrice ai fini della sua tesi di laurea<sup>3</sup>.

Hanno risposto ai questionari l'83,7% dei 404 tirocinanti, pari a 338 questionari validi.

La fig. 1 mostra l'andamento nel tempo della presenza nel periodo marzo 2000-settembre 2009.

---

<sup>3</sup> Che ha avuto come correlatore il dott. F. Vanni e come relatore il prof. Barbieri dell'Università di Parma.

L'87,8% dei tirocinanti sono donne, con un'età media di 28 anni e mezzo. Il 94,55 % ha un indirizzo di laurea in psicologia clinica, dell'età evolutiva o di comunità; il restante 5,45 % in psicologia del lavoro.

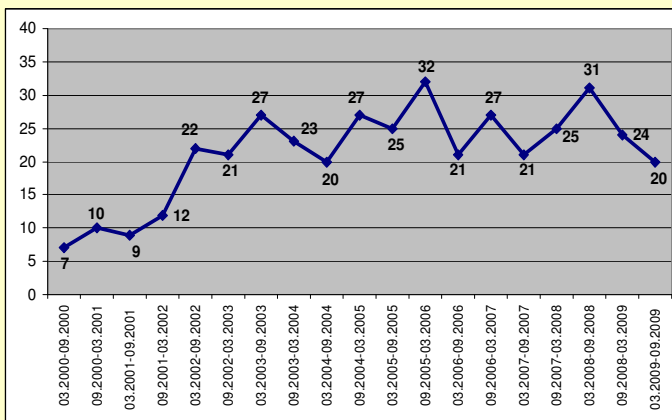


Fig. 1

Gli atenei di provenienza sono: Parma, Bologna, Milano Bicocca e Cattolica, Urbino, Roma, Padova, Torino, Firenze e Napoli. L'Ateneo di Parma è, come ovvio, quello da cui proviene la grande maggioranza dei tirocinanti, soprattutto dal momento in cui è stato istituito il Corso di Laurea e poi la Facoltà di Psicologia.

La loro attività è stata espletata presso i servizi che fanno capo a:

- Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale e Dipendenze Patologiche e, in minor misura,
- Dipartimento Cure Primarie.

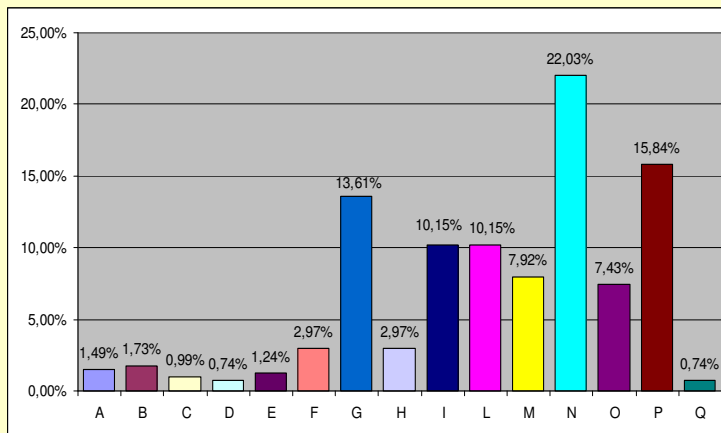


Fig. 2

A	Consultorio Familiare
B	Consultorio disturbi cognitivi
C	Consultorio disturbi cognitivi – PO Fidenza
D	Coordinamento socio-sanitario
E	Direzione Generale: Formazione
F	Educazione alla salute
G	Neuropsichiatria e Psicologia Clinica dell'Infanzia e dell'Adolescenza
H	NPPCIA - Modulo Neurofunzionale
I	NPPCIA – Modulo Psicologia Clinica
L	NPPCIA – Psicologia Sociale
M	Programma Adolescenza e Giovane Età
N	Sert
O	Spazio Giovani
P	Salute Mentale Adulti
Q	Servizio non indicato

Per ognuno di questi servizi in fig. 2 sono stati disponibili psicologi dell'Azienda che si sono alternati nel tempo nell'accompagnamento dei tirocinanti nel loro percorso.



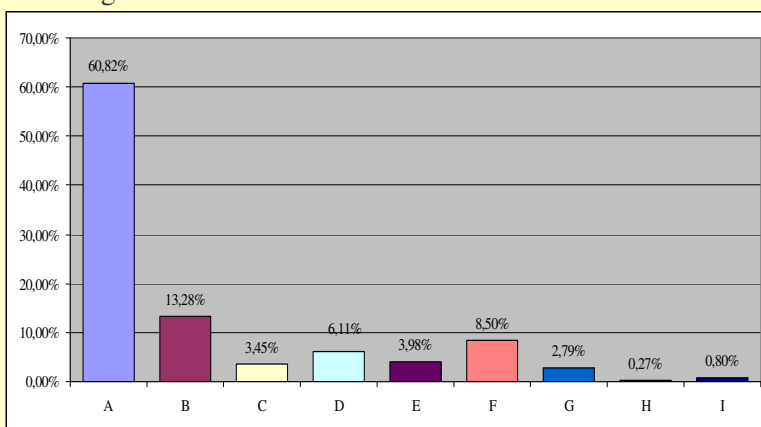
Nel corso del periodo 2000-09 i 404 tirocinanti (in media 21,26 per semestre) hanno avuto a disposizione complessivamente 39 tutors (in media 16,26 per semestre).

### Aspettative ed esiti del tirocinio:

Sempre nel periodo 2000-2009 sono stati rilevate sia le aspettative prima dell'inizio del tirocinio che gli esiti a conclusione dell'esperienza.

### Aspettative verso il tirocinio

Fig. 3

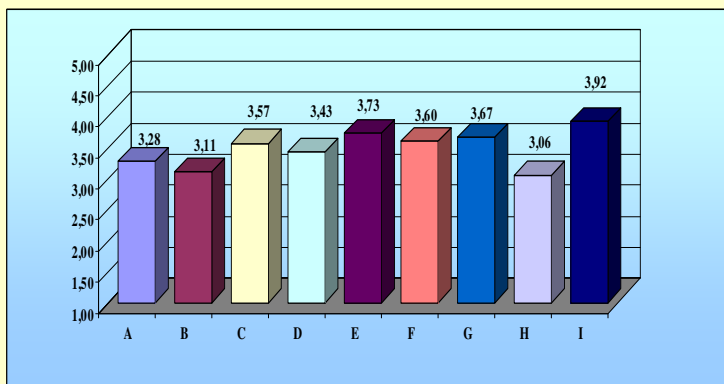


A	poter acquisire esperienza pratica
B	poter conoscere gli strumenti della professione
C	mettersi alla prova
D	chiarire i propri dubbi e orientarsi verso il futuro
E	orientarsi verso il mondo del lavoro
F	aumento conoscenze pratiche e teoriche
G	arricchimento personale
H	rapporto proficuo con il tutor
I	nessuna aspettativa

A conclusione dell'esperienza è stato chiesto invece che valutazione davano di essa articolando la valutazione su una serie di parametri ritenuti più significativi e chiedendo loro di esprimere un parere utilizzando una scala Likert da 1 a 5 punti.

Valutazione degli esiti:

Fig. 4



A	Miglioramento delle proprie competenze metodologiche e tecniche della professione
B	Approfondimento delle proprie conoscenze teoriche
C	Miglioramento della propria capacità di lavorare in un contesto organizzato
D	Valutazione dell'utilità del tirocinio per orientamento future scelte formative/lavorative
E	Valutazione della relazione con il proprio tutor
F	Valutazione della relazione con il contesto lavorativo, gli altri professionisti e il personale dei servizi
G	Valutazione della relazione con gli altri tirocinanti
H	Valutazione della coerenza tra gli insegnamenti universitari e quanto appreso nel tirocinio
I	Valutazione complessiva dell'esperienza di tirocinio

## Considerazioni conclusive

Il percorso formativo di tirocinio si caratterizza come moderatamente strutturato: tempi e attività diversamente articolate lo scandiscono nel corso dei due semestri ma è ampiamente presente la possibilità, che viene fortemente incoraggiata, di farsi parte attiva dell'esplorazione del proprio incontro con la pratica professionale.

Il rapporto numerico di tutor e tirocinanti è contenuto allo scopo di non precludere la cura relazionale che è la chiave di questo percorso.

Il tirocinio in Ausl è un'esperienza pratica e nello stesso tempo un'esperienza di riflessione e rielaborazione dell'attività svolta, nella quale emerge l'importanza di apprendere le tecniche e di generare una valutazione critica sul loro uso. Essa appare caratterizzata, in sintesi, da una serie di funzioni:

- stimolare analisi e riflessioni sull'attività nei servizi, sia rispetto alle componenti operative che a quelle emotive;
- stimolare la riflessione su motivazioni, aspettative e preoccupazioni relative alla propria scelta professionale;
- stimolare la riflessione su di sé e l'auto-osservazione (attitudini, comportamenti, atteggiamenti, vissuti emotivi);
- fornire strumenti di lettura e decodifica del contesto organizzativo in cui si realizza il tirocinio, delle situazioni e delle dinamiche relazionali vissute;
- accompagnare i tirocinanti allo sviluppo e alla definizione della professionalità dello psicologo, attraverso l'individuazione di una metodologia operativa e l'acquisizione di strumenti professionali;
- sperimentare una modalità di lavoro di gruppo quale opportunità di apprendimento, condivisione di esperienze e arricchimento personale e professionale.

Il tirocinio è vissuto dai giovani laureati in psicologia come un'esperienza nella quale vivere il passaggio verso l'individuazione, dove teoria e pratica si coniugano, attraversando crisi, elaborazioni, ibridazioni tra vecchi e nuovi saperi, affinché ogni tirocinante possa arrivare a

definire progressivamente un'immagine di sé come psicologo 'reale'.

All'interno di questo percorso si rivela centrale l'attività che si svolge con il proprio tutor all'interno dei servizi. E' in questa dimensione che si integrano gli aspetti teorici, pratici e le implicazioni personali; questi elementi conducono, anche attraverso la riflessione sull'agire professionale e sui suoi effetti, alla costruzione della propria identità di psicologo professionista. All'interno di questo spazio relazionale, luogo di attesa, di dubbio e anche di azione, avvengono l'incontro e lo scambio che conducono alla crescita professionale.

Le valutazioni emerse dai questionari relativi all'esperienza di tirocinio effettuata, riflettono una valutazione molto positiva di questo percorso che sottolinea che esso ha contribuito a fornire ai giovani colleghi strumenti per muoversi in modo più consapevole verso il proprio futuro professionale.

## I tirocini di specializzazione in psicoterapia

F. Vanni

Sono oramai oltre due decenni che la legge istitutiva della professione di psicologo (L. n° 56 del 1989) che regolamenta anche la formazione in psicoterapia riservandola a medici e psicologi, prevede l'obbligo, per le scuole riconosciute dal MIUR, di stipulare convenzioni con Aziende Sanitarie per l'effettuazione di tirocini.

Le scuole hanno facoltà di definire un numero di ore, che va da 100 in su all'anno per allievo, e le Aziende Sanitarie includono nei loro servizi questi giovani colleghi in formazione nei limiti della loro capienza.

Di fatto i primi sono apparsi nei nostri servizi intorno alla fine degli anni '90, in numero dapprima esiguo e solo dall'inizio del nuovo secolo hanno assunto dimensioni quantitative significative ed oggi davvero rilevanti, almeno nelle Aziende che, come la nostra, li ospitano nei limiti della loro disponibilità.

<b>Anni</b>	<b>N° specializzandi</b>	<b>N° Posti disponibili</b>	<b>N° scuole</b>	<b>Tutor</b>
1998-2000	9			
2001-02	21		13	
2004	38		26	
2008	98	113*	48	
2009	110		53	

2010	96	146*	49**	36***
------	----	------	------	-------

\* S'intendono i posti previsti nelle convenzioni stipulate; per 17 scuole nel 2008 e per 16 nel 2010 il n° dei posti era definito dalla nostra disponibilità anno per anno e sono quindi da considerare aggiuntivi a quelli indicati.

\*\* le scuole convenzionate sono abbastanza equamente suddivise fra i 4 grandi gruppi di orientamento teorico-clinico: psicodinamico, cognitivo-comportamentale, sistemico, altro (umanistico, psicocorporeo, etc)

\*\*\* 17 psicologi e 19 medici

Gli specializzandi vanno a costituire, insieme a numerose altre figure oggi presenti nelle Asl, un nutrito gruppo di 'professionisti in formazione'.<sup>4</sup>

Il fenomeno della formazione sul campo era pressoché sconosciuto una ventina d'anni fa, o quantomeno poco praticato da noi, mentre oggi è molto diffuso.

Se prendiamo anche solo l'andamento numerico degli specializzandi presenti nella nostra Azienda ci rendiamo conto che essi, paragonati agli psicoterapeuti strutturati e praticanti, costituiscono una parte significativa della risposta psicoterapeutica dei servizi, ed in particolare naturalmente di quelle aree dei servizi, quasi tutti appartenenti al Dipartimento Assistenziale Integrato di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche, ove la psicoterapia è per lo più praticata.

---

<sup>4</sup> Ad agosto 2011 sono presenti n° 24 volontari, nel 2009 erano 29 e nel 2008 erano 22, quasi tutti psicologi, per la maggior parte anche psicoterapeuti che hanno svolto da noi il tirocinio di specializzazione in psicoterapia.

Molte sono le riflessioni che si possono fare su questo fenomeno. Proverei a tratteggiarne alcune.

Negli anni '90 l'offerta di psicoterapia all'interno dell'Azienda, in una situazione di blocco delle assunzioni e di età non molto avanzata del personale, era una situazione piuttosto stabile ed un tantino ingessata. L'arrivo di giovani colleghi ha prodotto stimoli sottili ma pervasivi sul sistema.

Chi veniva a fare il tirocinio richiedeva un'assunzione di responsabilità del tutor, di solito uno psicologo, psicoterapeuta che doveva attribuire 'i casi', supervisionarli, curarne le interfacce istituzionali, etc

Può sembrare oggi banale ma l'affiancamento di un giovane collega ha contribuito a quella caduta dell'autoreferenzialità, della quale vi era un gran bisogno, non foss'altro per la semplice esigenza di dover spiegare, da parte del tutor, come e perchè faceva quel colloquio o usava quel test o impostava quel percorso di cura.

Non sempre poi la formazione dello specializzando era coerente con quella del tutor e tuttavia questi incontri sono avvenuti ed hanno prodotto spiegazioni e polemiche, ma anche, nel tempo, riflessioni e relativizzazioni dei propri punti di vista.

Perchè affiancare chi si sta formando ha questa possibile ed auspicabile conseguenza: si cresce professionalmente insieme giacchè nessuno, nemmeno lo psicoterapeuta più esperto, è ovviamente già completo così com'è.

Abbiamo partecipato quindi, dal nostro interno, ad uno sviluppo della psicoterapia che oggi è molto meno schierata attorno a grandi famiglie teorico-cliniche e molto più attenta, in maniera trasversale, a temi come l'efficacia, la relazione, la connessione con aree disciplinari contigue, etc.

Credo di poter dire, dal mio osservatorio, che gli specializzandi in psicoterapia effettuino nei nostri servizi un'esperienza d'incontro con la professione davvero di buona qualità.

In maniera in qualche modo strisciante, poco visibile, sottotraccia, le Aziende Sanitarie come la nostra hanno svolto per una ventina d'anni una funzione di coadiutori formativi, funzione che negli anni è stata riconosciuta ed inizia ad essere valorizzata anche dalla Regione.

Si può intravedere un orizzonte nel quale pensare alla formazione in psicoterapia come ad un lavoro di un sistema Scuole di psicoterapia-Ausl che metta accanto alle parti teorico-metodologiche che le scuole propongono un ambito esperienziale guidato che viene svolto dalle Aziende Sanitarie.

E' necessaria molta attenzione per svolgere questa funzione, soprattutto perchè i servizi devono mettere al primo posto la qualità delle prestazioni cliniche ed è dunque necessario che la funzione formativa testè descritta sia messa al servizio, o trovi precisi vincoli, nella tutela della qualità della risposta clinica che il servizio deve fornire ad ogni utente.

E' anche questo un insegnamento prezioso. Mettere il bisogno del paziente al primo posto non è, in pratica, così banale.

D'altra parte questo ruolo formativo ha stimolato e fatto evolvere una 'funzione genitoriale' all'interno della categoria degli psicologi che i medici hanno sviluppato da tempo all'interno delle loro facoltà e scuole di specializzazione ma che noi, anche a causa della giovane età della nostra professione, ancora non avevamo esperito.

Si possono fare anche rilievi critici su questo ma certo la dimensione della trasmissione di conoscenze fra una generazione e l'altra, così cara al mondo dei mestieri, è fortemente presente



nella nostra categoria professionale.

Al di là delle ragioni economiche credo che la spinta a dedicarsi ad attività formative, a trasmettere saperi acquisiti sempre un po' sulla propria pelle, sia dovuta anche a questa esigenza di trasmissione e valorizzazione intergenerazionale dei saperi che probabilmente non può che trasmettersi in parte così, attraverso il contatto e la discussione gomito a gomito su 'un caso', in una supervisione, in un'équipe.

Questi giovani colleghi poi si sono nel tempo andati a collocare in posizioni che giustificano ancor più lo sforzo formativo compiuto. Molti hanno proseguito come volontari per qualche tempo il loro tirocinio, magari anche per affezione verso quel paziente o quel servizio, altri hanno vinto delle borse di studio e certo l'aver trascorso anni all'interno dell'Azienda li ha aiutati ad orientarsi ed ha aiutato i selezionatori a valutare meglio le loro potenzialità.

Qualcuno è diventato nostro collega e credo che maggiore soddisfazione non possa esserci per noi. Molti, la stragrande maggioranza naturalmente, sono semplicemente transitati da noi nell'epoca del tirocinio ed oggi lavorano sul nostro stesso territorio e la condivisione di una storia comune non può che facilitare gli scambi professionali con loro.

Spesso, quasi sempre, abbiamo ricevuto, come tutor, attestazioni di stima dai nostri specializzandi. A volte sembravano quasi sorpresi, specialmente un po' di anni fa, della qualità professionale ed umana che trovavano, quasi che si aspettassero altro. Anche in questo l'opera di conoscenza dell'Azienda ha avuto una funzione positiva, di smontaggio di certi pregiudizi sul 'pubblico' per esempio.

Credo che oggi immaginare i nostri Servizi di Salute Mentale senza tirocinanti, specializzandi e volontari vorrebbe dire immaginare un ridimensionamento della loro offerta qualitativa e

quantitativa ed un impoverimento relazionale dei servizi. Queste riflessioni c'inducono a riconoscere il valore aggiunto che questi colleghi portano e ad auspicare che esso sia riconosciuto anche concretamente con facilitazioni e retribuzioni che non sarebbero fuori luogo e che recenti orientamenti legislativi prefigurano per i tirocinanti ed i praticanti in generale.

## Autori

- ψ **Simone Bertacca:** psichiatra, psicoterapeuta, resp. Centro Studi DAISMDP Ausl Parma
- ψ **Vanessa Bozuffi:** psicologa, prof. a contratto Psicologia Dinamica Università di Parma
- ψ **Enza Crivelli:** psicologa, psicoterapeuta, ANFFAS Crema
- ψ **Lucia Giustina:** psicologa, psicoterapeuta, SerT Ausl Parma
- ψ **Ada Labanti:** psicologa, psicoterapeuta, Parma
- ψ **Gabriele Moi:** psicologo, psicoterapeuta, UO NPIA Ausl Parma
- ψ **Veronica Pasetti:** psicologa, tirocinante di specializzazione in psicoterapia Ausl Parma
- ψ **Pietro Pellegrini:** psichiatra, psicoterapeuta, resp. Psichiatria Adulti Ausl Parma
- ψ **Alessia Ravasini:** psicologa, psicoterapeuta, SerT e Centro Consulenza e Terapia della Famiglia Ausl Parma
- ψ **Antonio Restori:** psicologo, psicoterapeuta, resp. Centro Consulenza e Terapia della Famiglia Ausl Parma
- ψ **Fabio Vanni:** psicologo, psicoterapeuta, Centro adolescenza e Giovane Età, resp. Tirocini in psicologia e psicoterapia Ausl Parma
- ψ **Claudia Zilioli:** psicologa, psicoterapeuta, resp. S.S. Psicologia Clinica Infanzia e Adolescenza Ausl Parma

## Ringraziamenti, privacy, etc

Si ringraziano gli psicologi, gli psichiatri e gli psicoterapeuti che hanno dato il loro contributo al testo, le decine di colleghi dell'Ausl di Parma che svolgono da quasi vent'anni la funzione di tutor all'interno delle loro mansioni lavorative, il Comune di Parma che ha fornito la sede per gli incontri di Orientamento alla clinica dai quali abbiamo tratto i materiali dei tre capitoli di discussione sui casi ed anche, da molti anni, per le attività 'del mercoledì' dei tirocinanti post lauream in psicologia dell'Ausl, del Comune, dell'Azienda Ospedaliera Universitaria, dell'Università di Parma – Facoltà di psicologia, e di altri soggetti privati che ospitano i tirocini stessi.

I casi esposti nel corso del testo sono frutto della fantasia dell'autore e dei colleghi e non sono in alcun modo riconducibili a persone reali.

Il materiale contenuto nel testo è scaricabile citando la fonte.