

Volume 10, Numero 1  
luglio 2023

ISSN 2465-2083

# COSTRUTTIVISMI



Rivista semestrale edita dalla

*Associazione Italiana di Psicologia e  
Psicoterapia Costruttivista*

**aippc**

# COSTRUTTIVISMI

RIVISTA SEMESTRALE EDITA DALLA

*ASSOCIAZIONE ITALIANA DI  
PSICOLOGIA E PSICOTERAPIA  
COSTRUTTIVISTA*

## AIPPC

**Direttore Responsabile**

Mara Ognibeni

**Direttori Scientifici**

Gabriele Chiari e Lorenzo Cionini

**Vicedirettore e Caporedattore**

Claudia Casini

### **Segreteria di Redazione**

Manola Alfredetti, Francesca Balata, Eleonora Gori, Isabella Mantovani, Lucia Mariotto, Alessandra Petrolati, Cristina Sassi

### **Comitato dei Consulenti**

Lisa Bertocci, Karin Buzzegoli, Anna Celli, Cristina Cerbini, Alessandra Favaro, Andrea Fornari, Laura Fossi, Piergiorgio Mobrici, Mara Ognibeni, M. Cristina Ortu, Alessandro Piattoli, Gianluca Provvedi, Clarice Ranfagni, Claudia Sbrilli, Mariaem Manuela Timpano, Emanuele Trinchetti, Gregorio Zeloni, Ombretta Zoppi

### **Comitato Scientifico**

Carla Antoniotti, *Italia*

Maria Armezzani, *Italia*

Bruno G. Bara, *Italia*

Richard Bell, *Australia*

Luis Botella, *Spagna*

Marco Castiglioni, *Italia*

Sabrina Cipolletta, *Italia*

Peter Cummins, *Regno Unito*

Carmen Dell'Aversano, *Italia*

Maurizio Dodet, *Italia*

Guillem Feixas, *Spagna*

Antonio Fenelli, *Italia*

Fabio Giommi, *Italia*

Spencer McWilliams, *USA*

Robert A. Neimeyer, *USA*

Luca Orazio, *Italia*

Adriana Pelliccia, *Italia*

Harry Procter, *Regno Unito*

Jonathan Raskin, *USA*

Giorgio Rezzonico, *Italia*

Jörn Scheer, *Germania*

Dusan Stojnov, *Serbia*

Valeria Ugazio, *Italia*

Cecilia Volpi, *Italia*

Beverly M. Walker, *Australia*

Bill Warren, *Australia*

David Winter, *Regno Unito*

# Costruttivismi

Volume 10

Numero 1

2023

**Numero speciale (*Special Issue*):**

**COSTRUTTIVISMO E INTERSOGETTIVITÀ  
(CONSTRUCTIVISM AND INTERSUBJECTIVITY)**

## INDICE

- 1 Costruttivismo e intersoggettività: introduzione al numero (*Constructivism and intersubjectivity: Introduction to the journal issue*)  
**Luca Bernardini**
- 3 “Più sparisco e più mi vedono”: la lettura costruttivista intersoggettiva dell’anoressia nervosa (*“The more I disappear, the more they see me: The constructivist intersubjective interpretation of anorexia nervosa*)  
**Claudia Casini**
- 21 Psicoterapia della riduzione del danno: un approccio alternativo al trattamento della dipendenza da sostanze (*Harm reduction psychotherapy: An alternative approach to treat drug addiction*)  
**Alessia Cacciamani**
- 42 Un’immagine vale più di mille parole: la Psicoterapia Costruttivista Intersoggettiva in dieci opere d’arte (*An image is worth more than a thousand words: the Constructivist Intersubjective Psychotherapy in ten works of art*)  
**Nina Malerbi**
- 54 La paura della serenità: il caso di Anna (*The fear of serenity: The case of Anna*)  
**Lorenzo Cionini, Isabella Mantovani**

## **Costruttivismo e intersoggettività: introduzione al numero**

### ***Constructivism and intersubjectivity: Introduction to the journal issue***

**Luca Bernardini**

*Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Costruttivista, CESIPc, Firenze*

*Tra trasformazione e cambiamento c'è un'essenziale distinzione.  
Il cambiamento implica una lotta  
contro qualcosa, la trasformazione non accade combattendo. (...)  
Succede solo vedendo con chiarezza.  
Pema Chödrön*

Questo numero di *Costruttivismi* esce in un momento nel quale il codice deontologico della nostra giovane professione è in cerca di un aggiornamento che lo renda più sensibile e accurato, e forse quella che rimane una delle questioni etiche più delicate e cruciali nell'avvicinare la sofferenza psicologica è il bisogno del terapeuta di auto-rassicurarsi di fronte all'assurda complessità del proprio compito. Il senso di urgenza del terapeuta di controllare le cose (modelli e pazienti inclusi), per "risolvere" ciò che è presente. In quanti modi cerchiamo di orientarci attraverso pregiudizi e semplificazioni? Quanto spesso giudichiamo, etichettiamo, misuriamo, razionalizziamo, distanziamo l'altro al fine di gestire come meglio riusciamo i nostri limiti e le nostre paure?

Mettersi al servizio della sofferenza altrui affinché possa trovare senso e trasformarsi è un'impresa che richiede di crescere costantemente: umanamente, eticamente, politicamente, spiritualmente. Possiamo imparare da ogni paziente, e da ciascun paziente essere salvati, dal rischio di pensare di sapere già, ogni incontro una finestra sul mistero, della vita, delle sue ferite e di come sia possibile, insieme, prendersene cura.

Nel primo articolo contenuto in questo numero la voce di Claudia Casini traccia una coraggiosa bussola per navigare il senso profondo di quelle sofferenze che si manifestano nella

relazione col cibo, ancora oggi imperdonabilmente abbandonate e umiliate da un assai diffuso approccio medicalizzato riduzionistico, violentemente cieco alla mente di tante ragazze e ragazzi, al loro bisogno di essere incontrate e incontrati con gentilezza. Quale senso può avere il sintomo alimentare per chi si trova a cercare in questo adattamento creativo così costoso un qualche tipo di equilibrio protettivo? E come può il terapeuta mettersi al servizio dell'interesse del paziente affinché possa gradualmente sentirsi più libero da questo tentativo così familiare e potente?

Nel secondo articolo la voce di Alessia Cacciamani, ispirata dalla Psicoterapia della Riduzione del Danno, approfondisce il tema delle dipendenze (spesso vissuto con giudizio, severità e distacco dagli stessi operatori e terapeuti), portando la luce del rispetto e della chiamata alla comprensione a quell'adattamento creativo che cerca conforto nella relazione con una sostanza, portatrice di un sollievo dissociativo ricco di complesse sfumature. Fino a che punto la pretesa dell'astinenza e una lettura esclusivamente negativa della ricaduta potrebbero ostacolare un realistico cammino terapeutico condiviso? Quanti pesanti pregiudizi sociali ci abitano, togliendoci la curiosità necessaria per incontrare l'altro senza chiedergli ciò che non è (ancora) possibile? La nostra sfiducia può essere una profezia che si auto-avvera?

Nel terzo articolo la voce di Nina Malerbi propone una sfilata di opere visive come ricca metafora di alcuni dei temi centrali del modello Costruttivista Intersoggettivo. Che cosa hanno da raccontare Magritte, Caravaggio, Van Gogh, Man Ray e Escher allo sguardo attento di uno psicoterapeuta? L'arte figurativa può essere uno strumento didattico efficace, una sintesi semplice e immediata che parla direttamente ai nostri sensi? Può l'interpretazione soggettiva di un quadro condensare la teoria in un'esperienza emotiva?

Nel quarto articolo, infine, le voci di Isabella Mantovani e Lorenzo Cionini, esaminando il caso clinico di una ragazza tredicenne che riporta l'esperienza di visioni intrusive (che è stato sottoposto a 12 psicoterapeuti di diverso orientamento), mostrano con semplicità e chiarezza tutta la sensibilità di un modo di vedere e poi unire tutti i "puntini" di un piccolo scorcio di storia personale, intravedendo costellazioni di senso possibili tutte da esplorare. Che senso può avere la spaventosa figura che Anna vede? Come è possibile dal trascritto di una prima seduta online, da detti e non detti, piccole incoerenze e assurdi, lasciar emergere un'ipotesi sulla genesi di un sintomo?

Le risposte a queste e a molte altre domande sono contenute negli articoli che seguono. A fare da sfondo a queste cinque voci il modello Costruttivista Intersoggettivo con la sua aspirazione fiera a una curiosità acuta e spalancata per la complessità e le relazioni dalle quali emergiamo cercando il nostro posto nel mondo.

### **Citazione (APA)**

Bernardini, L. (2023). Costruttivismo e intersoggettività: introduzione al numero. *Costruttivismi*, 10, 1-2. <https://doi.org/10.23826/2023.01.001.002>

## “Più sparisco e più mi vedono”: la lettura costruttivista intersoggettiva dell’anoressia nervosa

*“The more I disappear, the more they see me”:  
The constructivist intersubjective interpretation  
of anorexia nervosa*

**Claudia Casini**

*Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Costruttivista, CESIPc, Firenze*

**Riassunto.** I sintomi, pur con le difficoltà e il malessere che implicano, nell’ottica costruttivista intersoggettiva sono considerati elementi funzionali a mantenere integro il senso di sé, in relazione alla propria storia ed esperienza personale. Ciò vale anche per il sintomo anoressico: in questo contributo sono esposti gli itinerari di sviluppo e i vissuti tipici di chi esprime il proprio dolore e i propri bisogni in questo modo, i processi di scompenso e il senso che tale sintomo può assumere all’interno del sistema di significati sia personali che familiari. Questi presupposti concorrono a formulare un possibile modello di intervento terapeutico, descritto nell’ultima parte dell’articolo, i cui elementi fondanti, che saranno approfonditi, stanno nell’impostare un lavoro non direttamente indirizzato all’eliminazione del sintomo ma invece proteso a coglierne la funzione, nel non considerare né l’anoressia una malattia né la psicoterapia una performance, e nel dare un valore centrale e trasformativo alla relazione terapeutica.

**Parole chiave:** anoressia nervosa, DCA, costruttivismo, intersoggettività, psicoterapia, relazione terapeutica

**Abstract.** In the constructivist intersubjective perspective, symptoms are considered functional elements to keep the sense of self intact, in relation to one’s personal life experience, despite the difficulties and malaise that they imply. This also applies to the anorexic symptom. This article describes the itineraries of development and the typical feelings of people who express their pain and needs in this way, the processes of decompensation and the sense that this symptom can assume within the system of both personal and familiar meanings. These assumptions contribute to formulate a possible model of therapeutic intervention, described in the last part of the article, whose fundamental elements, which will be examined in depth, are: setting up a work not directly addressed to the elimination of the symptom but on the contrary primarily aimed at understanding its

function, not considering anorexia a disease, not considering psychotherapy a performance and giving a central and transformative value to the therapeutic relationship.

**Keywords:** anorexia nervosa, eating disorder, constructivism, intersubjectivity, psychotherapy, therapeutic relationship

*Per chi viaggia in direzione ostinata e contraria  
Col suo marchio speciale di speciale disperazione...  
(F. De André, Smisurata Preghiera)*

Perché decidere di “morire di fame”? Che cosa può spingere una persona a compiere una scelta così estrema, che richiede tenacia, rinunce, sofferenza? Quale messaggio portano quei corpi emaciati? Il presente articolo si propone di provare a rispondere a queste domande, partendo da uno dei presupposti fondamentali dell’approccio psicoterapeutico costruttivista intersoggettivo, ovvero la considerazione che qualsiasi sintomo rappresenti «la modalità “migliore”, anche se portatrice di malessere, che la persona è riuscita a costruire per mantenere integro il senso del proprio equilibrio e della propria identità personale» (Cionini, 2013, p. 164). Il sintomo, insomma, è visto come un progetto di cura apparentemente paradossale, che però ha una sua logica interna se colto dalla prospettiva di chi lo “abita”, in relazione alla sua storia ed esperienza.

Per provare a dare senso alla sintomatologia anoressica, mi rifarò alla teoria delle Organizzazioni di Significato Personale di Vittorio Guidano (2007), integrandola con alcune testimonianze e con altri studi che si sono occupati di porsi le domande iniziali. Infatti, più approcci psicoterapeutici ormai hanno individuato itinerari di sviluppo comuni ed esperienze intersoggettive condivise tra gli individui che manifestano tale sintomatologia. Cogliarli può aiutare i professionisti della salute mentale a comprendere come più tipicamente queste persone tendono a costruire la loro esperienza e a “usare” il sintomo anoressico come portavoce, paradossalmente, del proprio desiderio di esistere. Nessuno avrà mai la stessa storia di un altro, pertanto queste restano indicazioni generali, utili però a porsi certe domande all’interno della pratica clinica e, come vedremo, orientare il proprio intervento terapeutico.

### **Itinerari di sviluppo e vissuti tipici di chi manifesta il sintomo anoressico**

Vittorio Guidano, psichiatra fondatore del cognitivismo post-razionalista, ha elaborato il concetto di Organizzazione di Significato Personale (2007). Quest’ultima è definibile come la specifica modalità con cui ciascuno di noi attribuisce significati alla propria esperienza, costruendoli a partire dalla relazione avuta con i propri *caregiver*.

Tale Organizzazione, costruita prevalentemente in modo implicito, garantisce la percezione di una continuità del nostro senso di sé in assenza di consapevolezza: è una conoscenza prima di tutto affettivo-emotiva, un pattern di regole implicite che fa da bussola al nostro stare nel mondo.

Le Organizzazioni non sono categorie psicopatologiche, e non identificano processi psicopatologici, ma solo possibili itinerari di sviluppo. Sono chiamate col nome del sintomo che, in

caso di scompenso, potrebbe manifestarsi con più probabilità in relazione ai processi che la persona mette in atto con più frequenza nella costruzione della sua esperienza.

Tra le quattro Organizzazioni da lui individuate, è presente anche quella che, all'interno della sua pratica clinica, ha frequentemente riscontrato nelle persone con problematiche alimentari, denominata Organizzazione tipo Disturbi Alimentari Psicogeni (DAP). Di seguito ne vedremo le caratteristiche più salienti, integrate e avallate da testimonianze e altra letteratura specifica.

### *Famiglie “invischiate” e paura delle separazioni*

Le persone con disturbi alimentari tendono ad avere famiglie cosiddette “invischiate”. Quest'ultimo è un termine ideato dal pediatra, psichiatra e psicoterapeuta Salvador Minuchin (1980), fondatore della terapia strutturale familiare, e sta a indicare famiglie in cui le differenze individuali sono praticamente annullate da meccanismi di controllo del pensiero e del comportamento. I ruoli all'interno della famiglia tendono a essere confusi, i confini labili e sono temute e scoraggiate le differenziazioni e le separazioni, fondamentali per il processo di crescita.

Le parole di Isabelle Caro, modella diventata famosa per aver posato nuda per la campagna fotografica di Oliviero Toscani contro l'anoressia nel 2007, sono una spietata testimonianza di quanto detto. Isabelle dall'età di tredici anni è sempre stata gravemente sottopeso, per poi morire a ventotto a causa di complicazioni dovute alla sua condizione fisica tremendamente compromessa. In un momento in cui stava apparentemente meglio, aveva deciso di pubblicare il libro *La ragazza che non voleva crescere*, all'interno del quale racconta la sua storia. Eccone un brano:

Vivo confinata da quando Mamma ha sentito dire in televisione - o almeno, è quanto dice lei - che “l'aria aperta favorisce la crescita dei bambini”. E l'ultima cosa che Mamma desidera è che io cresca. Vorrebbe che restassi una bambina piccola, come quando lei era una donna giovane e felice. È per questo che da casa nostra vengono banditi gli orologi e le sveglie; in breve, tutto quello che indica il passare del tempo.

Molte madri, quando vedono che il loro bambino diventa autonomo, dicono con un sospiro di nostalgia: “Ah, i bambini crescono troppo in fretta! Sono così carini da piccoli...”. Alcune ammettono di preferirli da neonati. Ma alla fine, con maggiore o minore sforzo, tutte si rassegnano al fatto che il sangue del loro sangue cresca e si distacchi da loro. Mamma no. Per mia grande sfortuna. (Caro, 2008, p. 40)

Nel leggere le parole di Isabelle trovo sconcertante trovare, ancora oggi, spiegazioni riduzioniste in merito alla genesi dei disturbi alimentari. Come esempio basta citare il titolo di un articolo pubblicato su *la Repubblica*, uno dei quotidiani più letti in Italia, che recita: «Per controllare i disturbi alimentari bisogna studiare il cervello» e che ha come sottotitolo la seguente frase: «Anoressia e bulimia dipendono da specifiche alterazioni cerebrali [...]»<sup>1</sup>.

Questo sguardo reificante è a mio avviso pericoloso, poiché non solo sposta il problema dalla relazione all'individuo, ma anche lo tratta alla stregua di un virus influenzale, vanificando così il senso stesso del sintomo che, come vedremo, è la cosa - forse l'unica - su cui la persona sente di poter avere il controllo.

---

<sup>1</sup>Paola Emilia Cicerone, 4 dicembre 2022, [https://www.repubblica.it/salute/2022/12/04/news/cibo\\_neuroni\\_dca\\_anoressia\\_bulimia-373429041/](https://www.repubblica.it/salute/2022/12/04/news/cibo_neuroni_dca_anoressia_bulimia-373429041/)

### *Sensazione di “non essere visti”*

Scrive Guidano (2007) che l'aspetto più drammatico riguardante queste famiglie è che l'individualità non viene rispettata e le persone sono viste come immagini senza nessun mondo interiore. Già William James, nel 1890, riteneva che questa fosse una delle esperienze peggiori che potesse capitare a un essere umano:

Non si potrebbe immaginare una punizione più maligna di quella che un individuo dovesse girare da solo nella società, senza che nessuno gli prestasse assolutamente attenzione. Se nessuno si volgesse quando entriamo in un salotto, se nessuno rispondesse quando parliamo, o prestasse attenzione alle nostre azioni, e ognuna delle persone che incontriamo ci considerasse come inesistenti ed operasse come se noi non fossimo presenti, sorgerebbe in noi ben presto una specie di rabbia impotente, di disperazione, di fronte alla quale le torture fisiche più crudeli ci sembrerebbero un sollievo, giacché queste ci farebbero sentire che, per quanto grave potesse essere stato il nostro peccato, pure esso non ci aveva abbassato tanto da renderci immeritevoli dell'attenzione del primo venuto. (James, 1890, p. 222)

### *Il bambino come estensione del genitore*

Nelle situazioni più gravi, il genitore può ritenere il bambino come una sua estensione o appendice, non riuscendo a considerarlo un individuo a sé stante, con un mondo interno diverso dal proprio. Luigi Cancrini, nel suo libro *La cura delle infanzie infelici*, afferma che:

Infelici devono essere considerati, in un modo o nell'altro, quei bambini della cui esistenza autonoma e dei cui bisogni di differenziazione non ci si accorge da parte di genitori che, per ragioni che attengono a un loro difetto di equilibrio e di maturità, li usano nei fatti, e molto al di là di ciò che dicono, come oggetti o come prolungamenti del Sé. Invertendo una gerarchia naturale. Blocando un processo evolutivo che ne esce ferito e deformato dalla crudeltà innocente di chi non riesce a sentire e a vedere in modo sufficiente l'altro. (Cancrini, 2012, p. 76)

L'invisibilità, insomma, è una sensazione molto familiare per coloro che poi “sceglieranno” di diventare effettivamente invisibili. Più di un paziente mi ha riportato la sensazione che la propria effettiva esistenza autonoma avrebbe addirittura “ucciso psicicamente” il genitore. Come se si trovasse di fronte alla scelta di dover essere ciò che vuole – o si presume che voglia – l'altro significativo, rinunciando così a se stessi, o essere se stessi, rinunciando così all'altro.

### *Anticipazione dei bisogni e “prescrizione” delle sensazioni*

Conseguenza quasi inevitabile di quanto detto sopra è la tendenza delle figure di riferimento ad anticipare e definire regolarmente le necessità e il sentire del bambino, a prescindere dai suoi reali bisogni. Per il bambino diventa quindi difficile imparare a riconoscere autonomamente le proprie emozioni, esprimerle e fidarsi della personale capacità di decodifica dei propri stati interni.

Della frase di Cancrini sopracitata quello che più mi colpisce è ciò che lui chiama la “crudeltà innocente” dei genitori di chi manifesta tali problematiche: questi ultimi generalmente desiderano il meglio per i figli e cercano di fare del loro meglio, spesso affidandosi a “manuali” che possano aiutarli a starci in relazione “a priori”.

È questo forse uno dei problemi più grandi: pensare che il sentire possa essere “prescritto”, che esistano ricette in grado di generare automaticamente delle relazioni “sane”, senza passare dagli inevitabili conflitti che sempre ci sono quando le relazioni si costruiscono insieme. E

ancora, il dare un'importanza spropositata alla salute fisica, senza rendersi conto che ciò può avere effetti nocivi su quella mentale, a causa della costante sensazione di essere fragili e in pericolo, o di dovere necessariamente attribuire a qualcosa di organico ogni tipo di malessere.

Così il figlio generalmente cerca di anticipare le aspettative del genitore, che spesso sono vaghe e contraddittorie, e può sentirsi inadeguato a fronte della percezione di un'incoerenza tra le proprie sensazioni e ciò che gli viene attribuito. Possono così generarsi intensi e opprimenti sensi di colpa se si intuisce di avere desideri, opinioni o sentimenti differenti da quelli delle figure di riferimento: è un po' come tradirle. Nel dover fare i conti con questi vissuti, al bambino resta l'incertezza di ciò che sente realmente. Il brano che segue fa parte della storia di una ragazza con problemi di anoressia<sup>2</sup>. Credo possa essere rappresentativo di quanto appena esposto.

[...] mi raccontò che lei [Azzurra], purtroppo, si sentiva molto a disagio ad andare a trovare il nonno, perché avendo un Alzheimer pesante non solo non riconosceva più nessuno, ma era anche diventato offensivo e aggressivo. Ogni volta che doveva andarlo a trovare, ormai, sentiva un nodo alla gola e una profonda tristezza. Tuttavia, neanche aveva provato a dirlo alla madre, perché quest'ultima non faceva altro che ripeterle che i bravi nipoti vanno sempre a trovare i nonni con gioia, a prescindere dalle loro condizioni di salute, anzi, a maggior ragione se non stanno bene. Lo diceva con tanta fermezza e convinzione, come fosse un principio ovvio e assoluto, che Azzurra non sentiva proprio possibile contraddirla e, anzi, si sentiva profondamente sballata per provare quel disagio. (Casini, 2023)

### *Attenzione alle apparenze e al controllo*

Le famiglie di chi manifesta problematiche di tipo alimentare generalmente sono molto attente ad apparire "felici" all'esterno, curando le apparenze sociali e mostrandosi particolarmente sensibili al giudizio degli altri.

Quando una ragazza anoressica o che lo diventerà torna da una festa ad esempio il papà o la mamma non le chiedono se si sia divertita, le chiedono se ha fatto bella figura, se la ammiravano, se era al centro dell'attenzione oppure se sia rimasta in ombra, se non sia riuscita a farsi valere eccetera. (Ugazio, link in nota<sup>3</sup>)

Diretta conseguenza della sensibilità al giudizio e del bisogno di "non fare brutte figure" è l'evitamento attivo del conflitto, poiché quest'ultimo esporrebbe in modo smisurato a potenziali critiche e inoltre obbligherebbe a una presa di posizione. È dunque difficile che in queste famiglie le emozioni e le opinioni vengano espresse in modo diretto: essere spontanei è pericoloso, ed è costante la sensazione di allerta data dal bisogno di controllare il proprio comportamento.

Il "perfezionismo" tipicamente associato alle persone che manifestano il sintomo anoressico rientra in questo meccanismo, ovvero sottende la tendenza a vivere tutto come una performance da eseguire con disciplina e vigilanza, sotto la supervisione di un criticissimo occhio interno selettivamente orientato agli errori e alle inaccettabili vulnerabilità. Anche il piacere – inteso come godimento sensuale – non è dunque ben visto, perché troppo assimilabile al discontrollo.

---

<sup>2</sup> Ho raccontato di questa esperienza nella rubrica che tengo sul mondo degli adolescenti all'interno della rivista *Psicologia e scuola* (Giunti).

<sup>3</sup> <https://www.psicologo-milano.it/newblog/disturbi-alimentari-valeria-ugazio/#:~:text=Le%20anoressiche%20se%20sei%20un,anoressiche%20sia%20assolutamente%20fuori%20luogo>

### *Comunicazione non esplicita e messaggi a “doppio legame”*

La comunicazione familiare tende a essere vaga, non esplicita, indiretta e contraddittoria. Spesso i messaggi comunicativi hanno la caratteristica del “doppio legame”.

La teoria del doppio legame è stata formulata dall'antropologo e psicologo Gregory Bateson, congiuntamente al suo gruppo di ricerca, nel 1956. Essa fa riferimento a situazioni comunicative nelle quali la comunicazione verbale è diametralmente opposta a quella non verbale. Il messaggio che arriva al ricevente è incongruente e qualsiasi cosa risponda sarà necessariamente sbagliata, poiché andrà contro una parte dell'informazione.

Isabelle Caro, nel suo libro, ci regala un esempio cristallino di questa modalità comunicativa e dell'effetto disorientante che suscita:

Spesso fatico a dare un senso alle frasi di Mamma, perché mi sembra che il significato di quello che dice sia in contrasto con i suoi gesti e la sua mimica facciale. Come se mi si proponessero due versioni contraddittorie e dovessi sceglierne soltanto una. O, per essere più precisi, come se ciò che viene detto ad alta voce fosse silenziosamente smentito da un linguaggio di sottili segnali in codice che sta a me decifrare. Il più delle volte sprofondo nell'esitazione, nell'incertezza, nel malessere. Mi sento sperduta, allora provo ad aggrapparmi disperatamente a un sopracciglio alzato o a una narice dilatata per confermare la mia interpretazione. (Caro, 2008, p. 80)

### *Semantica familiare del potere*

Valeria Ugazio ha formulato la teoria delle polarità semantiche familiari (1998, 2012), da lei definita come un modello intersoggettivo della personalità e dei suoi sviluppi psicopatologici. In estrema sintesi, secondo l'autrice in ogni famiglia la conversazione è organizzata entro significati antagonisti, le polarità semantiche familiari, che costruiscono una trama condivisa di sensi entro cui ciascun componente deve inevitabilmente prendere posizione.

Le polarità definiscono quelli che per la famiglia sono i propri temi nucleari: «Ciò per cui un intero gruppo familiare si strugge, giubila o si affanna a raggiungere è del tutto indifferente per un altro» (Ugazio, 2012, p. 48).

Nelle famiglie all'interno delle quali un membro – generalmente un figlio – manifesta un disturbo alimentare, la semantica descritta dall'autrice è definita “del potere”. Le polarità caratteristiche di quest'ultima sono “vincente-perdente” e “volitivo-arrendevole”, dove la seconda è subordinata alla prima. È evidente il loro aspetto puramente relazionale: l'essere vincenti o l'essere perdenti è sempre relativo al confronto con qualcuno. Ciò conferma quanto già detto in merito alla centralità del giudizio esterno nella definizione del sé. Relativamente al potere, il cibo e il corpo diventano, di fatto, un campo di battaglia, nel quale la posta è altissima: chi ha il dominio sulla propria vita? Chi comanda?

Anche i blog pro-ana, che incoraggiano ragazze e ragazzi alla restrizione alimentare, si giocano tutti su queste dimensioni di successo-insuccesso: sei forte se dimagrisci, sei debole se cedi alla fame<sup>4</sup>. Infine, basta prendere come esempio il sottotitolo del libro di Isabelle Caro per rendersi conto di quanto questa semantica sia preminente: “La mia battaglia contro l'anorexia”. L'autrice partecipa alla campagna fotografica di Oliviero Toscani, mostrando nudi al mondo i suoi ventotto chili, perché «credo di avere il dovere di lottare per mettere in guardia tante ragazze su quel meccanismo infernale da cui è così difficile uscire» (p. 219). Insomma, Bukowski direbbe che «Tante volte uno deve lottare così duramente per la vita che non ha

---

<sup>4</sup> Oltre a questo, i blog pro-ana offrono anche la confortante illusione di un senso di appartenenza.

tempo di viverla»: per queste persone sembra essere più importante la lotta per l'esistenza, eventualmente anche attraverso comportamenti che possono metter a rischio l'esistenza in sé.

### *Squilibrio del ruolo genitoriale*

Nella coppia genitoriale è generalmente la madre la figura dominante e quella che esercita il maggior controllo, sia relativamente alle manifestazioni emotive e comportamentali, sia più specificamente sull'alimentazione. Il nutrimento affettivo viene spesso confuso col nutrimento dell'organismo, o addirittura da quest'ultimo sostituito. Per esempio, se il bambino torna a casa triste, la madre è probabile che dica "hai una brutta cera, ti faccio una spremuta", piuttosto che chiedergli che cosa è successo o di cosa sente il bisogno. La salute fisica e l'aspetto estetico, insomma, assumono un valore quasi assoluto, a discapito del mondo interno.

Inoltre, riprendendo il concetto di "invischiamento" esposto in precedenza, in queste famiglie spesso la madre assume atteggiamenti adolescenziali, si pone in competizione con la figlia o il figlio, o comunque in un ruolo diverso dal proprio. Rispetto a questo trovo molto calzante questa frase detta da una mia paziente: «Sto molto bene con mia madre quando si trasforma in una sorella».

Il padre è spesso descritto come passivo e/o assente, oppure percepito come figura forte, significativa e di riferimento nell'infanzia e poi fonte di delusione nell'adolescenza. La relazione tra il figlio e il padre appare sovente mediata e controllata dalla madre, dunque schermata e non intima. Poiché in queste famiglie – almeno fino a qualche anno fa, e dunque da ciò che risulta per la maggior parte degli studi svolti fino a ora – è generalmente il padre a contribuire maggiormente al reddito, ciò può farlo sentire esonerato dalle incombenze familiari, lasciando la gestione di queste ultime alla moglie, come se lavoro e famiglia non potessero essere concepiti come ambiti integrabili. Il vuoto della funzione paterna non passa inosservato e ha un peso specifico nella possibile co-costruzione familiare del sintomo alimentare, infatti il padre, con la sua assenza, accentua e legittima l'invischiamento tra la madre e il figlio, oltre a privare quest'ultimo di importantissime esperienze relazionali e, di fatto, di una figura di riferimento (Longo, 1997; Nucara, 1995)<sup>5</sup>.

La relazione coniugale è generalmente vissuta come insoddisfacente. Tuttavia, i genitori hanno la tendenza a presentare il partner in luce critica ma contemporaneamente a mascherare l'insoddisfazione e non manifestare opinioni ed emozioni definite.

Di solito socialmente la coppia cerca di mostrarsi stabile e felice, molto dedita alla cura dei figli, che possono quindi percepire nuovamente uno scarto importante tra ciò che è esplicito e ciò che passa implicitamente, sia in termini di clima familiare, sia di vissuti negativi purtroppo sentiti come non negoziabili.

### *“Culto” della sofferenza*

Il “culto” del controllo spesso si accompagna a quello della sofferenza, assimilabile a ciò che scrive Cancrini in merito a uno dei possibili itinerari di sviluppo comune a chi manifesta problematiche tipiche di una personalità di tipo borderline, e cioè «Una storia evolutiva [...]

---

<sup>5</sup> Ormai sono moltissime le famiglie arcobaleno, ma è solo recente il loro riconoscimento a livello sociale e politico, per cui non sono state analizzate eventuali dinamiche simili all'interno di tali nuclei familiari. Troverei interessante approfondire se esse siano presenti a prescindere dal sesso e dall'orientamento sessuale dei genitori. La mia anticipazione è che queste variabili non siano determinanti poiché ciò che conta è la funzione genitoriale svolta, indipendentemente dal sesso biologico.

in cui il bambino impara che “l’infelicità e la malattia attirano l’amore e la preoccupazione”: un apprendimento per lui pericolosissimo perché, successivamente, da bambino, da adolescente o da adulto egli tenderà ad aspettarsi che chi di lui si cura (da amante, da terapeuta o da educatore) tenda a occuparsi di più di lui e dargli di più se lui sta male e soffre» (2013, p. 11).

Quando questo effettivamente si verifica, ecco che il disturbo si cronicizza. La persona sente – in assenza di consapevolezza – che la sofferenza può generare amore, o comunque la sensazione di essere pseudo-vista: così la reitera incessantemente, “alzando la posta” ogni volta, per assicurarsi di rimanere il più possibile nella mente dell’altro. Ancora una volta le parole di Isabelle Caro sono magistrali:

Comunque, da quando faccio finta di essere malata Mamma si comporta molto meglio. Non piange più e si preoccupa per me. (Caro, 2008, p. 60)

Va da sé che sentire di stare meglio è spesso il momento più drammatico, perché può equivalere a sentire di perdere gli affetti significativi. Ciò spiega come mai le ricadute avvengano nella maggior parte dei casi in quei momenti. I genitori possono ricominciare a manifestare tensioni temporaneamente accantonate a causa delle problematiche del figlio. All’interno della relazione terapeutica, lo stare meglio può significare che non si ha più bisogno della terapia stessa, e quindi che comunque si associ il minor malessere alla minaccia abbandonica.

Come professionisti è decisivo avere presente questi aspetti e muoversi di conseguenza, scongiurando questa eventualità e, anzi, garantendo vicinanza e contenimento proprio durante i periodi di miglioramento della sintomatologia, per passare il messaggio che – intanto almeno nella relazione terapeutica – non è la sofferenza che genera presenza. Insomma, detto in altri termini, è quando sembra che tutto vada bene il momento più delicato, dunque quello in cui c’è più bisogno di sentire che l’altro resta.

### *Percezione di sé indefinita e paura della vicinanza*

Il senso di sé, per le persone che manifestano problematiche alimentari, è dato primariamente da criteri esterni, poiché la fiducia nella possibilità di avere criteri propri tendenzialmente non si è costruita. È dunque l’immagine che gli altri rimandano che offre un senso di sé, seppur illusorio, e il pensiero dell’altro diviene vitale: può determinare contestualmente l’identità.

Permettendo maggiormente all’altro di farsi conoscere, la vicinanza affettiva si delinea come un territorio molto pericoloso. Spesso queste persone, con gli affetti importanti ma non solo, oscillano tra il bisogno di approvazione e la paura di una disconferma, rendendosi così soggette a molteplici vissuti delusivi.

Per evitare ulteriori invalidazioni nella relazione con le figure significative, allora, possono limitare le aree di sperimentazione del sé ed escludere dalla relazione con gli altri molti aspetti personali. Ciò contribuisce ad alimentare la percezione di sé come persona debole, inadeguata e incapace.

### *Sensazioni di vuoto interiore*

La difficoltà a decodificare il mondo e se stessi porta questi individui a “costruire” in modo fantastico, e a non riuscire spesso a comprendere il perché delle cose, le relazioni causa-effetto, i comportamenti e i sentimenti altrui. Stessa cosa si può dire per i propri stati interni, le proprie sensazioni ed emozioni, che spesso appaiono totalmente incomprensibili.

Il non sapere francamente che cosa sentono, pensano e desiderano fa sì che spesso queste persone si percepiscano come un grande bluff: attori che indossano bene innumerevoli maschere, dietro alle quali però non sanno quale volto si celi. Da ciò si generano importanti sensazioni di vuoto interiore, un vuoto spesso sentito paradossalmente come un “troppo pieno” di cose non proprie, «un vuoto di criteri personali per dare senso alla propria esperienza nel mondo» (Casini, 2017). Forse quella di vuoto è la sensazione più dolorosa che viene portata, poiché riassume con una metafora tutti i vissuti descritti finora, e ne fa sentire la potenza annihilante e disarmante.

### **Processi di scompensazione**

L'inizio della restrizione alimentare generalmente avviene a seguito di molteplici esperienze di vita, tra le quali è possibile identificare almeno due denominatori comuni: la minaccia di un cambiamento e di una maggiore esposizione al giudizio sociale.

Tra i cambiamenti che possono essere potenziali fattori scompensanti, di rilievo sono ovviamente quelli corporei, poiché appunto veicolano una più marcata esposizione al giudizio esterno e inoltre, soprattutto nelle fasi preadolescenziale e adolescenziale, implicano un vertiginoso avvicinarsi alla vita adulta, riguardo alla quale si nutrono vissuti di inadeguatezza e apprensione. Del resto “il corpo che non cambia” è una prodigiosa metafora del blocco del movimento del sistema personale, del “corpo” familiare, che teme il cambiamento e la differenziazione, e della richiesta “dell’eterna giovinezza” che socialmente sembra essere auspicata, anche come modello estetico<sup>6</sup>.

Eventi che spingono a una riconsiderazione in negativo dell’immagine di una figura di attaccamento, come per esempio la scoperta che uno dei genitori tradisce l’altro, o che ha un modo di vedere il mondo che con la crescita appare sempre meno condivisibile, possono risultare intollerabili.

Altrettanto si può dire per il coinvolgimento in relazioni affettive nelle quali, come detto in precedenza, la vicinanza permette maggiormente di farsi conoscere dall’altro e dunque espone al giudizio e a possibili esperienze delusive.

Minacciose sono le richieste che implicano la necessità di definirsi in modo più “stretto”, le situazioni che richiedono un aumento di responsabilità e/o un maggiore impegno personale, e più in generale tutti i momenti cruciali che già di per sé sono considerati eventi stressanti, anche se non necessariamente negativi (il matrimonio, la maternità, gli esami universitari...).

Talvolta alcuni processi possono sembrare controintuitivi, se non se ne coglie la logica: una promozione sul lavoro, per esempio, può comunque essere fonte di scompensazione, poiché espone di più alla possibilità che gli altri si accorgano che chi hanno davanti è molto più inconsistente di ciò che ha fatto credere (che si accorgano del “bluff”).

Oltre a questo, comprensibilmente gli eventi traumatici (lutti, separazioni, incidenti, maltrattamenti...) possono configurarsi come fattori scatenanti, considerando che vanno a “cadere” su strutture identitarie fragili che già probabilmente hanno vissuto esperienze traumatiche precoci oltre a quelle precedentemente esposte (Brusa, 2006; Speranza e Alberigi, 2006).

---

<sup>6</sup> Ringrazio Gabriele Chiari per avermi inviato materiale appartenente a lezioni sue e di suoi collaboratori, che mi hanno permesso di ampliare la mia conoscenza sull’anoressia. Questa parte è stata formulata a partire dai suoi preziosi spunti.

Di recente anche la pandemia, con tutto ciò che ha comportato, si è rivelato un fattore di scompenso (+30% delle diagnosi). Ciò a mio avviso è probabilmente attribuibile ad almeno due fattori: l'aumento del controllo genitoriale e della conseguente sensazione di invisibilità, e l'assenza di figure di riferimento ed esperienze alternative. Su Internet si possono trovare molti blog nei quali ragazzi e ragazze durante la pandemia hanno spiegato in modo eccellente i loro vissuti e il perché della loro scelta restrittiva. Cito questa testimonianza a titolo di esempio:

Da quando è scoppiato il Covid a casa mia non si parla d'altro. La mamma ascolta tutti i telegiornali e non si perde un dibattito. Il papà è preoccupatissimo di ammalarsi e per i nonni. L'unico giorno che l'ho visto felice è quando gli hanno concesso lo smart working, così non doveva più uscire per lavorare... Per loro io non esisto. Sono invisibile, con tutti i problemi che si sentono addosso. Solo a maggio, dopo il lockdown, quando è arrivata la zia e ha notato che ero dimagrita si sono accorti che non mangiavo più da settimane. Ho perso 13 chilogrammi. Finalmente hanno incominciato a preoccuparsi di me, ma ormai ho scoperto che controllare l'appetito e provare fame mi dà una certa soddisfazione. Anche perché ho perso quei chili sulle gambe e sulle cosce che mi davano un aspetto orribile<sup>7</sup>.

L'adolescenza è evidentemente il periodo più critico, in cui infatti l'insorgenza del sintomo anoressico è massima. In effetti, tutte le caratteristiche elencate come possibili fattori scompensanti tendono a comparire simultaneamente: in primo luogo le figure di riferimento iniziano a essere messe in discussione, ed è proprio in questa fase della vita che l'impossibilità di differenziazione percepita nella famiglia può diventare insostenibile se misurata col fisiologico bisogno di esplorazione e confronto.

È sempre in questo periodo che si sperimentano le prime relazioni sentimentali e i primi contatti sessuali, con tutte le implicazioni che ciò ha dal punto di vista della propria personale messa in gioco.

In famiglia, a scuola, nello sport o in altri ambiti culturali e sociali si esige un impegno personale più consistente e più responsabilità, ed è maggiore l'esposizione sul piano della valutazione sociale, sia da parte dei pari che da parte degli adulti<sup>8</sup>.

L'utilizzo dei social network già tra i bambini della scuola primaria (con tutto ciò che ne consegue in particolare in relazione all'esposizione al giudizio), il facile accesso a contenuti sessuali espliciti e l'accento sempre più marcato e allarmato sulla salvaguardia della salute fisica a discapito dell'esplorazione relazionale del mondo, possono in parte spiegare come mai nella recente letteratura si dica che l'esordio della sintomatologia avvenga sempre prima (addirittura intorno ai sette anni).

Bisogna evidenziare che il mettere precocemente l'attenzione su eventuali momenti di restrizione alimentare (da parte degli adulti e quindi anche dei bambini), senza chiedersi "che cosa c'è dietro", può avere l'effetto paradossale di accentuare il problema: è proprio "il sentirsi visti" una delle mancanze di queste persone, pertanto l'accorgersi che in questo modo hanno un "potere contrattuale" maggiore all'interno della famiglia e non solo, come già detto, può rafforzare il disturbo. Attribuire subito un'etichetta diagnostica è – se possibile – ancora più

---

<sup>7</sup> [https://espresso.repubblica.it/attualita/2021/03/31/news/le\\_angosce\\_dei\\_ragazzi\\_le\\_nostre\\_colpe-294537631/](https://espresso.repubblica.it/attualita/2021/03/31/news/le_angosce_dei_ragazzi_le_nostre_colpe-294537631/)

<sup>8</sup> Per chi fosse interessato ad approfondire i disturbi alimentari in adolescenza e il ruolo importante degli insegnanti, segnalo un mio articolo pubblicato sulla rivista *Psicologia e scuola* (Giunti, 2021) e consultabile anche online a questo link: <https://www.giuntiscuola.it/articoli/la-protesta-del-camaleonte-i-disturbi-alimentari-adolescenza>

pericoloso di quanto già lo sia in generale, poiché può bloccare il processo evolutivo necessariamente in atto e soprattutto spostare l'attenzione dalle implicazioni relazionali che sempre stanno dietro alla manifestazione di questo sintomo.

### **Funzionalità del sintomo alimentare**

Le esperienze e i vissuti finora tracciati possono aver portato la persona a sentirsi, come già detto, indefinita, debole, vuota, non padrona della propria esistenza: «Il corpo diventa così un oggetto – l'unico – sul quale si ha la sensazione di poter esercitare il proprio controllo e il proprio dominio, lo strumento che permette di dare un ordine al caos, di mantenere un senso di padronanza di sé, in almeno un ambito della propria identità sentita» (Cionini, 2013, p. 147).

Non sentendo di avere margine di manovra per potersi esprimere ed esistere all'interno della sua famiglia, [Azzurra] stava scegliendo il corpo come portavoce del suo malessere. Da quando aveva smesso di mangiare, infatti, improvvisamente sembrava contare di più ciò che sentiva lei, era più al centro dell'attenzione, era "qualcosa": «Meglio anoressica che quello che decidono loro. Almeno questo lo decido io». (Casini, 2023)

Inoltre, l'anoressia in questo senso assume anche le caratteristiche di una protesta, di un vero e proprio sciopero della fame volto a «ridurre l'onnipotenza dell'altro» (Recalcati, 2002, p. 18). La ribellione al controllo dell'altro è un punto centrale: Valeria Ugazio sostiene che la scelta dell'emaciazione derivi dal desiderio di dire un "no". Poiché le persone che manifestano tale problematica hanno sofferto di un senso di inefficacia personale, e hanno l'impressione di agire sempre in risposta agli altri piuttosto che sulla base di un sentire, dicendo di no al cibo definiscono la propria identità. Il processo del dimagrimento consente di mantenere un senso di efficacia personale e contemporaneamente la relazione con i genitori. In effetti, se sono un'estensione di mia madre nel farmi male in qualche modo "le faccio male" e dunque l'attivo e la coinvolgo: questo serba la relazione e contemporaneamente il tentativo di separazione.

Quello che voglio è riassumere il controllo della mia esistenza, riuscire a sottrarlo per sempre alla persona che se n'è impossessata fin dalla mia nascita. Controllo l'alimentazione per scolpire il mio corpo come mi va, per diventare una creazione di me stessa e smettere di essere la creatura di mia madre.

Per quanto possa sembrare contraddittorio, è per piacere a lei che mi sottopongo a queste privazioni. Tutto quello che faccio lo faccio per lei: perché continui ad amarmi nonostante i mutamenti che stravolgono la mia anatomia e per sfuggire al suo controllo asfissiante. Non posso vivere né con lei né senza di lei (Caro, 2008, p. 103)

Adottando uno sguardo sistemico, si può dire che chi manifesta il sintomo alimentare è il cosiddetto "paziente designato" (Bateson et al., 1956), ovvero il portavoce di un disagio che in realtà riguarda tutta la famiglia, colui che di quest'ultima si assume esplicitamente la sofferenza. Guidano (2007) suggerisce di porre particolare attenzione alla relazione esistente tra il tipo di struttura familiare e il processo attraverso il quale si è costruita l'identità del paziente, nonché al ruolo della famiglia nella formazione e nel mantenimento dello scempenso alimentare.

## **Il percorso psicoterapeutico: un modello di intervento**

Il cambiamento dell'atteggiamento nei riguardi dell'alimentazione, del peso e del proprio corpo potrà avvenire solamente se la persona arriverà a costruirsi il senso di una possibile maggiore padronanza di sé in ambiti diversi della propria vita, oltre a quello corporeo.

In questo modo l'immagine che il proprio corpo rimanda potrà essere portatrice di un messaggio meno nucleare rispetto al senso della propria identità, permettendo così una trasformazione che, come effetto, si tradurrà in una diminuzione e poi eliminazione della sintomatologia anoressica (Cionini, 2013).

### *Non lavorare direttamente sul sintomo*

La riduzione sintomatologica, fatti salvi ovviamente i casi gravi nei quali il peso rischia di diventare incompatibile con la vita, per la psicoterapia costruttivista intersoggettiva non è mai l'unico obiettivo terapeutico, e nella maggior parte dei casi avviene senza lavorare direttamente sui sintomi. Anzi, nel caso dei disturbi alimentari il lavoro sul sintomo – diario alimentare, tabelle nutrizionali, pasti assistiti, diete... – è considerato addirittura iatrogeno. Secondo il modello costruttivista intersoggettivo, infatti, il porsi unicamente traguardi che riguardano il peso e l'alimentazione è d'ostacolo al percorso terapeutico poiché impedisce l'analisi e la comprensione del reale significato dei sintomi alimentari che, in quel momento, rappresentano la migliore strategia che il paziente ha trovato per far fronte a una sensazione inconsistente e vaga di sé. L'istituzione – o più nello specifico lo psichiatra, o il dietista... – diventa, insomma, il genitore a cui dire “no”, perché in effetti replica ciò che la persona ha sentito di vivere fino a quel momento: ancora una volta qualcuno “prescrive” ciò che è giusto fare e sentire, per altro con gli stessi mezzi che già il paziente usa (come per esempio il conto delle calorie o il controllo del peso).

Se il sintomo alimentare ha la funzione di riappropriarsi almeno di un'area della propria vita, quella corporea, ecco che il rischio iatrogeno dell'approccio sopraccitato sta, in particolare, nel fatto che nuovamente viene tolta la possibilità di sentirsi “padroni” di sé.

Usualmente sono i pazienti in primis che non hanno alcuna voglia di parlare della loro sintomatologia, e questo facilita il nostro lavoro. I temi che emergono in prima battuta, infatti, riguardano generalmente le difficoltà relazionali e il senso di solitudine e vuoto che spesso è per loro insopportabile. Quando capita di parlare del sintomo, è utile tenere sempre presente che ciò che a noi interessa è la funzione che esso ha. Può quindi essere importante cogliere che cosa è avvenuto in concomitanza di un momento critico, stando attenti non tanto agli eventi “oggettivi” quanto agli stati interni, per incrementarne la consapevolezza.

### *Non considerare l'anoressia una malattia*

Dell'anoressia sovente si parla come di una malattia alla stregua di un'influenza, in questo senso indipendente dalla storia e dai bisogni di chi la manifesta. Questo sguardo, come già abbiamo visto, è di grande ostacolo al percorso volto alla comprensione di ciò che sottende. Lo stralcio seguente, tratto da un blog, ne è un esempio:

Buio...  
Ecco come descriverei questo inferno che ormai mi appartiene da più di tre anni...  
Esso ha un nome ed un cognome  
ANORESSIA NERVOSA...

Quando mi sono state dette tali parole dai miei medici, non ci credevo, non era possibile, non a me, io stavo benissimo, io avevo tutto sotto controllo erano loro a sbagliarsi...  
Quando è iniziato tutto ero inconsapevole di quello che stava succedendo, ero partita con l'idea di fare una semplice dieta per perdere quei chili in più che tanto odiavo e non riuscivo a vedere.  
Quando ho iniziato a perdere peso mi sono sentita incredibilmente forte e finalmente ho sentito di avere il controllo su qualcosa<sup>9</sup>.

Da queste parole emerge chiaramente che, nonostante il sintomo venga considerato quasi come un virus, in realtà la sua funzione è già chiarissima: "mi sono sentita incredibilmente forte e finalmente ho sentito di avere il controllo su qualcosa".

Anche nel libro di Isabelle Caro si assiste a questo paradosso: spiega perfettamente la genesi relazionale dell'anoressia, e contemporaneamente ne parla come di una malattia da combattere ed estirpare. Dobbiamo cercare di scardinare questa visione, facendo riappropriare le persone del senso che tali problematiche hanno – pur con molti costi – per il mantenimento del proprio equilibrio.

*"Almeno la psicoterapia non è una performance"*

È indispensabile che al paziente arrivi l'assenza assoluta di giudizi, di opinioni, di valutazioni più o meno esplicite: la psicoterapia – almeno la psicoterapia – non è una performance (né per il paziente né per il terapeuta).

Più il paziente sceglierà di mostrarsi, più sarà importante che sperimenti la sensazione di non spaventare o preoccupare l'altro. In questo senso, può essere molto importante ammettere eventuali errori professionali e, se si ritiene che sia il caso, anche "imperfezioni" personali. Ciò contribuisce a rendere autentica la relazione e possibile una comunicazione esplicita, contrariamente a quella spesso sperimentata nel corso della vita.

Il paziente deve sentirsi in uno spazio in cui può scoprire che cosa significhi essere autentico, sentendosi libero di dire – ma anche di non dire – tutto. Per questo bisogna garantire una zona franca, nella quale anche i contatti con i familiari siano gestiti in modo totalmente trasparente.

Poiché abbiamo visto che queste persone tendono a utilizzare criteri esterni per definire la propria identità, è fondamentale non interpretare, etichettare e/o porsi come colui che "sa" che cosa è giusto o sbagliato per l'altro. Lo stesso vale riguardo ai consigli e ai suggerimenti, fatta eccezione a mio avviso per gli ambiti artistici: ben venga un consiglio di lettura, una condivisione relativa a film interessanti, mostre, spettacoli o attività artistiche di vario genere. Non vanno imposti i propri gusti o le proprie opinioni, ma bisogna scoprire insieme al paziente che cosa gli piace e stimolare un "nutrimento del sé" che non passi dal cibo.

*Accogliere la "nostalgia" del sintomo*

Dopo la fase iniziale del percorso terapeutico, quando la persona ha compreso più chiaramente i bisogni sottostanti la manifestazione del sintomo, generalmente accade che quasi senza accorgersene inizierà a farne a meno. Capita che questi pazienti possano iniziare una seduta dicendo: "Mi sono accorto che sto mangiando senza pensarci troppo!" O "Non mi peso da tre mesi!", in un misto di stupore e spavento.

In questi momenti, ma anche successivamente, può succedere che il paziente rimetta in atto condotte restrittive solo perché non si riconosce senza di esse. In altre parole, l'anoressia

---

<sup>9</sup> [https://qui-ed-ora7.webnode.it/?fbclid=IwAR0Ob6\\_fxQq65NXLzUhNaII62p\\_dN632U5D74lsfkh-mxTFqtiSY45ed9Dk](https://qui-ed-ora7.webnode.it/?fbclid=IwAR0Ob6_fxQq65NXLzUhNaII62p_dN632U5D74lsfkh-mxTFqtiSY45ed9Dk)

era “un pezzo di sé”, qualcosa che per lungo tempo è servito per affermarsi, esistere per le figure di riferimento, sentire di avere il controllo su un’area della propria esistenza: farne a meno, per quanto paradossale ciò possa sembrare, fa male. Alcune persone mi hanno proprio parlato di “nostalgia”, altre di senso di smarrimento: “Sono qualcosa anche senza il mio sintomo, ma cosa?”.

Queste sensazioni vanno accolte, e non è difficile farlo alla luce di quanto esposto in precedenza, poiché tali sentimenti sono più che coerenti con esso. Dobbiamo aiutare i pazienti a ringraziare il loro sintomo, poiché a molto è servito. Dobbiamo poi accompagnarli nel percorso della sua perdita, come fosse un lutto: a tutti gli effetti hanno perso un compagno di viaggio, che ormai aveva senso non proseguisse più per la loro stessa strada.

Mi è capitato di far scrivere lettere di congedo al sintomo e tutte sono risultate davvero commoventi. Per ragioni di privacy non posso riportarle qui, ma ho l’autorizzazione di citare un piccolo stralcio di una di esse: «Cara anoressia, so che mi mancheranno alcune sensazioni che mi hai dato, però credo abbia senso ammettere a me stessa che è un po’ che ci siamo separate. Grazie, mi hai dimostrato quanto so essere tenace, forte, potente, e pure un po’ indipendente. Adesso però ho davvero voglia di provare anche a essere felice».

### **Esperienza trasformativa centrale: la relazione terapeutica**

In quanto persona alla quale il paziente si rivolge in un momento di particolare difficoltà della sua vita, il terapeuta può essere considerato a pieno titolo una potenziale, importante, figura di attaccamento rispetto alla quale, il paziente tenderà a riprodurre quei processi di attribuzione di significato e a vivere quelle emozioni che caratterizzano tipicamente, “nell’oggi”, le relazioni con le sue figure di attaccamento. (Cionini, 2014)

L’esperienza relazionale col terapeuta, dunque, se diversa da quella vissuta con le proprie figure di riferimento, sarà centrale per il processo di cambiamento. Se ciò è sempre valido, con questi pazienti è ancora più importante mettere l’attenzione su alcuni aspetti relazionali che vedremo in seguito.

#### *Farsi osservare e “non fare niente”*

Abbiamo visto che questi pazienti hanno generalmente difficoltà con la vicinanza affettiva.

[...] il setting, per le sue caratteristiche di intimità, propone una vicinanza facilmente percepibile come “minaccia”. Per ridurre questa minaccia e costruire fiducia e sicurezza, il terapeuta dovrebbe assumere una posizione simile a quella di un naturalista che volendo avvicinarsi a un animale selvatico lo fa lentamente e, mentre lo osserva, permette all’altro di farsi osservare per il tempo necessario a sentirsi sicuro. (Cionini e Mantovani, 2016)

Detto in altri termini, paradossalmente l’unica cosa da fare all’inizio della terapia è “non fare niente”. Esserci, con un ascolto autentico, lasciando all’altro lo spazio e il tempo per comprendere chi ha davanti e quanto può fidarsi.

Possiamo aspettarci che inizialmente questi pazienti cerchino di “assumere il controllo” della relazione, in modo da renderla più prevedibile e decifrabile. Questo può voler dire trovarsi a dover fare i conti con uno sguardo spesso circospetto, attentissimo ai nostri micromovimenti, ipersensibile agli impercettibili mutamenti della mimica facciale e a eventuali cambiamenti anche minimi della nostra attenzione (per esempio, lo spostamento dello sguardo per vedere che ore sono).

Invece di sentirsi in soggezione, ha molto senso stare anche con questo ed eventualmente – con delicatezza e quando la relazione terapeutica è sufficientemente sicura – provare a renderlo oggetto di lavoro.

### *Dal burattinaio al ventriloquo*

I pazienti che manifestano il sintomo anoressico, come approfondito dettagliatamente e più volte in questo articolo, possono essersi sentiti un'estensione delle proprie figure di riferimento, non differenziati, privati del riconoscimento di un proprio mondo interiore indipendente da quello dell'altro.

Abbiamo detto che il tema della “lotta di potere” su chi detiene lo scettro della propria esistenza è centrale, così come il controllo percepito sui propri comportamenti e sentimenti. Alcuni pazienti si sono proprio paragonati a burattini nelle mani di un altro, impossibilitati anche solo a permettersi di sentire di poter avere un qualche moto interno autonomo.

Allora, come terapeuti, non dobbiamo in nessun modo porci come dei burattinai. Per questo, come già detto, secondo l'orientamento costruttivista intersoggettivo sono iatrogeni gli approcci che mirano direttamente all'eliminazione del sintomo e che dunque lavorano assumendo il controllo del peso, delle calorie ingerite, del comportamento e del pensiero.

Piuttosto, per dirlo con una metafora, il terapeuta dovrebbe essere un ventriloquo, che cioè gradualmente riesce a far parlare “la pancia” del paziente, dandole credibilità e voce. Il mondo del sentire per queste persone è un grande sconosciuto, quindi lentamente ha molto senso aiutarle a entrarci in contatto, sempre rispettando i loro tempi interni, poiché farlo può essere per loro molto minaccioso.

Per facilitare l'accesso alla dimensione affettivo-analogica è importante lavorare con poesie, canzoni, con i sogni attraverso procedure associative, con immagini metaforiche, con tecniche di immaginazione guidata<sup>10</sup>, con disegni o altri espedienti artistici. Anche l'uso di fotografie può essere d'aiuto<sup>11</sup>. Per iniziare ho trovato anche molto utile l'uso di immagini evocative, come per esempio le carte di *Dixit*<sup>12</sup>.

### *Stare nel vuoto*

Le sensazioni di vuoto, così frequentemente sperimentate da chi manifesta una sintomatologia di tipo anoressico, non devono scoraggiare i terapeuti, anzi, sono degli ottimi punti di partenza per co-creare nuovi significati in terreni non ancora battuti. Infatti, proprio là dove tutto sembra già essere stato scritto o prescritto, incontrare uno spazio vuoto conferma la volontà di questi pazienti di permettersi di avere qualche pagina bianca nel grande libro della loro vita.

Senza escludere o minimizzare tutti i costi che “le sensazioni di vuoto” comportano – come del resto qualsiasi sintomo – esse potrebbero avere anche una funzione protettiva che va presa in considerazione: nello specifico, quella di preservare la possibilità di cambiamento. Se possono

---

<sup>10</sup> Per approfondire maggiormente l'uso del “linguaggio delle immagini” nella psicoterapia costruttivista intersoggettiva rimando all'articolo di Cionini *Il linguaggio delle parole, il linguaggio del corpo e il linguaggio delle immagini nel processo di cambiamento* consultabile a questo link: <https://www.aippc.it/wp-content/uploads/2019/04/2015.02.169.180.pdf>

<sup>11</sup> Non è questa la sede per approfondire come possono essere utilizzate le fotografie in psicoterapia, ma l'articolo che indico offre una prima panoramica in merito: <https://formazionecontinuinpsicologia.it/utilizzo-della-fotografia-in-psicoterapia/>

<sup>12</sup> *Dixit* è un gioco da tavola francese, ormai famoso anche in Italia, che ha come base delle carte caratterizzate da illustrazioni evocative, fantasiose, oniriche e bizzarre che si prestano a diverse interpretazioni.

venire anche associate all'angoscia, esse non si esauriscono con l'angoscia poiché quest'ultima ne è soltanto un effetto. Se ci sono potrebbero essere il terreno sul quale provare a costruire – insieme – il desiderio di ripartire. La lavagna all'interno della quale disegnare, coraggiosamente, un pezzo di sé di propria mano. (Casini, 2017)

Il terapeuta deve riuscire a tollerare queste sensazioni, in particolare la propria eventuale impotenza di fronte alla consapevolezza che non solo quel vuoto non può riempirlo, ma che non è affatto auspicabile che lo faccia. Anzi, è bene che, sempre consapevole di ciò che sta avvenendo all'interno della relazione e dentro se stesso, mantenendo in sé un baricentro, “ci stia dentro” insieme al paziente, per provare a fare emergere proprio da lì nuovi possibili significati<sup>13</sup>.

Si tratta, insomma, di riuscire a “stare” con l'altro e con quello che ci porta.  
Per farlo è indispensabile che il terapeuta sappia stare con se stesso.  
Che non abbia bisogno, per sentirsi efficace, di “salvare” i pazienti.  
Che non abbia bisogno di “fare” e “riempire”.  
Che riesca ad accogliere il dolore, in tutte le sue sfumature.  
Che sappia farsi contenitore, base sicura, posto dal quale partire e nel quale tornare.

Michelangiolo Buonarroti diceva che l'arte dello scolpire si fa “per via di levare”: una concezione neoplatonica della scultura, secondo la quale la forma è già tutta dentro il blocco di marmo. Ciò che il bravo scultore dovrebbe fare è “semplicemente” farla emergere, scolpendo la pietra lentamente, lasciando che affiori la figura. Ecco, credo che con questi pazienti stia nello scoprire che cosa si cela nel blocco di marmo la vera rivoluzione, che è ancora più rivoluzionaria se diamo a quel “blocco” la possibilità di raccontarcelo, e così di ripristinare una leggerezza che non è assenza di peso, ma movimento vitale.

---

<sup>13</sup> Per riuscire a stare nel vuoto insieme al paziente è indispensabile che il terapeuta abbia svolto un lavoro personale che l'abbia portato a essere consapevole di sé, delle proprie dinamiche affettivo-emotive e dunque in grado di non spaventarsi e di distinguere i propri moti interni da quelli dell'altro.

### Riferimenti bibliografici

- Bateson, G., Jackson, D.D., Haley, J., & Weakland, J. (1956). Toward a theory of schizophrenia. *Behavioral Science*, 1, 251-264. <https://doi.org/10.1002/bs.3830010402>
- Brusa, L. (2006). Disturbi alimentari e trauma. *Maltrattamento e abuso all'infanzia*, 8, 1-10. Franco Angeli.
- Cancrini, L. (2013). *La cura delle infanzie infelici. Viaggio nell'origine dell'oceano borderline*. Raffaello Cortina.
- Caro, I. (2008). *La ragazza che non voleva crescere*. Cairo.
- Casini, C. (2023). Azzurra e l'anoressia come sciopero della fame. *Psicologia e scuola*, 15, 40-41.
- Casini, C. (2017). "Mi sento vuoto". Dal vuoto come mancanza al vuoto come spazio per il cambiamento. *Costruttivismi*, 4, 189-199. <https://doi.org/10.23826/2017.02.189.199>
- Cionini, L. (2013). La psicoterapia cognitivo-costruttivista. In L. Cionini (a cura di), *Modelli di psicoterapia* (pp. 133-213). Carocci.
- Cionini, L. (2014). La persona del terapeuta come strumento del cambiamento: implicazioni per il processo formativo. *Costruttivismi*, 1, 29-33. <https://doi.org/10.23826/2014.01.029.033>
- Cionini, L., e Mantovani, I. (2016). Leggere la dissociazione dell'esperienza del trauma relazionale: la psicoterapia nell'ottica costruttivista intersoggettiva. *Costruttivismi*, 3, 40-62. <https://doi.org/10.23826/2016.01.040.062>
- Guidano, V. (2007). *Psicoterapia cognitiva post-razionalista. Una ricognizione dalla teoria alla clinica*. Franco Angeli.
- James, W. (1890). *The principles of psychology, Vol. 1*. Henry Holt & Co. <https://doi.org/10.1037/10538-000>
- Longo, T. (1997). Il padre: separatore mancato o creatore di illusioni? *ABA news-trimestrale dell'associazione per lo studio e la ricerca sull'anoressia, la bulimia e i disordini alimentari*, 5, 18.
- Minuchin, S. (1980). *Famiglie psicosomatiche. L'anoressia mentale nel contesto familiare*. Astrolabio Ubaldini.
- Nucara, G. (1995). La ricerca del padre perduto nella terapia dell'anoressia e della bulimia. *Archivio di psicologia, neurologia e psichiatria*, 2-3, 219-232.
- Recalcati, M. (2004). *Clinica del vuoto. Anoressie, dipendenze, psicosi*. Franco Angeli.
- Speranza, A. M., e Alberigi, E. (2006). La relazione tra abuso e disturbi alimentari. Il ruolo della dissociazione. *Maltrattamento e abuso all'infanzia*, 8(3), 1-24. Franco Angeli.
- Ugazio, V. (2012). *Storie permesse, storie proibite. Polarità semantiche familiari e psicopatologie*. Bollati Boringhieri.

C. Casini

### **L'Autrice**

*Claudia Casini* è psicologa, psicoterapeuta e svolge attività libero professionale a Firenze presso il Centro Studi in Psicoterapia costruttivista, nel quale è anche codidatta e docente di alcuni insegnamenti teorici, tra i quali quello relativo al trattamento dei Disturbi del Comportamento Alimentare.

Vicedirettrice della rivista *Costruttivismi*, tutor accreditata per il tirocinio post-lauream per l'abilitazione alla professione di Psicologo, autrice per la rivista *Psicologia e Scuola*, ha pubblicato poesie, racconti e articoli scientifici in riviste di settore, italiane e straniere.

E-mail: [claudia.casini.psy@gmail.com](mailto:claudia.casini.psy@gmail.com)



### **Citazione (APA)**

Casini, C. (2023). "Più sparisco e più mi vedono": la lettura costruttivista intersoggettiva dell'anoressia nervosa. *Costruttivismi*, 10, 3-20. <https://doi.org/10.23826/2023.01.003.020>

## Psicoterapia della riduzione del danno: un approccio alternativo al trattamento della dipendenza da sostanze

*Harm reduction psychotherapy:  
An alternative approach to treat drug addiction*

**Alessia Cacciamani**

*Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Costruttivista, CESIPc, Firenze*

**Riassunto.** “Incontrare l’altro nel punto in cui si trova” è il presupposto che guida la psicoterapia della riduzione del danno, un approccio innovativo al trattamento della dipendenza da sostanze che non considera l’astinenza né come prerequisito di ingresso al trattamento, né come obiettivo finale da raggiungere. L’approccio costruttivista intersoggettivo, con il suo focus sulla relazione terapeutica, la sua attenzione alla storia di vita dell’individuo, la sua ricerca dei significati soggettivi dietro alla mera etichetta e con il suo intento di comprendere la funzionalità del sintomo nel mantenimento dell’equilibrio individuale, si inserisce perfettamente nella cornice di questo approccio che consente di guardare oltre, rendendo giustizia alla complessità.

**Parole chiave:** dipendenza da sostanze, psicoterapia della riduzione del danno, approccio costruttivista intersoggettivo

**Abstract.** “Meeting the patient exactly where he is” is the premise of the Harm Reduction Psychotherapy (HRP), an original approach to treat drug addiction that does not see the abstinence as a prerequisite to start a treatment neither as the final goal. The intersubjective constructivist approach, which focuses on therapeutic relationship, individual life history, the research of subjective meaning over the mere label and aims at understanding the function of symptoms in maintaining individual balance, perfectly fits within the frame of this approach that allows to look beyond, bringing justice to the complexity.

**Keywords:** drug addiction, harm reduction psychotherapy, intersubjective constructivist approach

Mi piace iniziare questo articolo citando una frase riportata da Marlatt e Collins (2012), in uno dei libri che mi hanno aperto la mente sull'affascinante mondo della terapia della riduzione del danno. Questa frase, di fondamentale importanza per i professionisti che, per caso o per volontà, si occupano di persone con dipendenza da sostanze, era scritta su di un semplice foglio affisso alla porta della sala del personale di una struttura di trattamento delle dipendenze e recitava queste parole: “*our clients are very sick and often lie to us*”. Quello che di questa frase è da ricordare, oltre agli impliciti che porta con sé, è ciò che era stato successivamente aggiunto a mano da qualcuno “*and sometimes they tell the truth*” che, come uno schiaffo in faccia, ci riporta alla “realtà” costruttivista di andare oltre le etichette.

Gli impliciti della prima frase, alimentati dagli stereotipi e dalla facilità di giudizio legati alle droghe, possono rappresentare delle vere e proprie trappole e diventare una gabbia dove più che la persona diventa visibile solo la sua condizione. Il primo consiste nel dare per scontato che queste persone, poiché condividono la stessa condizione, siano uguali; un implicito che trae forza non solo dal modello della dipendenza come malattia (Leshner, 1997) ma anche da quello morale e che ci tengono inchiodati all'idea che la persona dipendente sia così malata da arrivare a mentire. Il secondo, legato al primo, ci fa riflettere sul concetto di fiducia nella relazione terapeutica. A differenza di quello che accade in qualsiasi altra relazione di aiuto, dove il terapeuta si muove per conquistare la fiducia del paziente per permettergli di affidarsi e lavorare ad un obiettivo condiviso, quando si lavora con persone dipendenti da sostanze talvolta avviene il contrario: è il paziente a dover dimostrare di meritare la fiducia del terapeuta e di avere abbastanza motivazione da riuscire a rispettare “l'impegno preso”.

Il problema però è che nel lavoro con questi pazienti l'obiettivo condiviso viene spesso a mancare. Infatti, è il raggiungimento dell'astinenza che nella maggior parte dei casi guida il lavoro terapeutico, tanto in contesti pubblici quanto in quelli privati. Un obiettivo talvolta impossibile da raggiungere poiché più che essere sentito e desiderato è spesso imposto dall'esterno o auto-imposto in base a quello che viene considerato socialmente “giusto”. Questo approccio “*abstinence-only*”, oltre a rendere spesso frustrante il lavoro dei professionisti che gravitano attorno alle persone dipendenti da sostanze, manca nel considerare la volontà del singolo e la complessità che circonda la dipendenza; un fenomeno che non può accontentarsi delle semplificazioni di un approccio che si basa sui concetti di giusto e sbagliato e che alimenta uno stigma che ancora oggi fatica a dissolversi. Ed è con altrettanta complessità che ad esso bisogna approcciarsi non solo quando si va alla ricerca delle possibili cause alla sua base ma anche quando si ricercano le possibili strade di aiuto alla persona che voglia intraprendere un qualsiasi tipo di cambiamento. La psicoterapia della riduzione del danno, partendo dal presupposto che l'astinenza dalla sostanza non sia né il prerequisito d'ingresso in terapia né l'unico obiettivo possibile da raggiungere, ci viene in aiuto nella possibilità di guardare con complessità alla complessità e di agire in essa utilizzando un approccio che si adatti e incontri chi abbiamo di fronte esattamente nel punto in cui si trova.

## **L'esperienza d'uso delle sostanze**

### *Una riflessione sul concetto di droga*

Nonostante si fatichi ad accettarlo, l'uso di sostanze è un fenomeno diffuso in tutto il mondo, che fa parte e ha sempre fatto parte della vita quotidiana dell'uomo. Definire cosa sia una droga però non è un processo semplice, poiché si tratta di un termine che assume diversi

significati in base alla prospettiva da cui lo si guarda. Sono però i significati sociali che ad essa vengono attribuiti (Gossop, 2007) ad avere spesso la meglio nel processo di definizione e categorizzazione. Infatti, “*etichettare una sostanza come droga è un complesso processo di costruzione sociale*” (Faupel, 2009, p.9) che contribuisce a determinare quali droghe siano accettabili o meno. Molti, ad esempio, sono riluttanti anche solo a riconoscere che sostanze ampiamente diffuse e usate nella nostra società, come il caffè, il tabacco o l'alcol siano droghe. Infatti, intorno a questo termine ruota un'aura di negatività che causa una paura generalizzata e spesso irrazionale che porta quasi a dividerle in droghe “buone”, quindi accettabili e più sicure, e “cattive”, quindi da evitare. A queste percezioni contribuisce inoltre lo status di legalità o illegalità, definito tramite il criterio di pericolosità (Ravenna, 1997), che influenza un'ulteriore e confusiva suddivisione in cosiddette droghe “leggere”, come l'alcol, il tabacco o la cannabis, e “pesanti”, come l'eroina, la cocaina, l'LSD, le amfetamine. Questa suddivisione viene spesso usata non solo dall'opinione pubblica ma anche dalla letteratura scientifica, senza però avere alla base uno specifico razionale o un'evidenza della sua utilità, rischiando di influenzare negativamente non solo la percezione su alcune sostanze, ma anche di creare confusione nella pratica clinica (Janik, Kosticova, Pecenek, & Turcek; 2016). La fallacia di questa distinzione arbitraria e socialmente definita, a cui troppo spesso facciamo riferimento, viene dimostrata anche da uno studio che analizza la pericolosità di ogni sostanza usando come categorie di rischio la loro capacità di produrre danni fisici, danni sociali e dipendenza (Nutt et al, 2007). Dai risultati emerge che, mentre sostanze come l'eroina e la cocaina continuano a classificarsi nei posti più alti nella scala della pericolosità, sostanze come l'alcol, considerato una “droga leggera”, sono più pericolose di sostanze generalmente ritenute “pesanti” come l'LSD e l'ecstasy. Questi interessanti risultati dovrebbero far riflettere su come a livello politico, sociale e individuale vengano usate delle categorie con l'unico scopo di giustificare comportamenti diffusi e condannare quelli che sono poco conosciuti e che quindi a prescindere fanno paura.

### *L'importanza di drug, set e setting*

A prescindere da come vengano definite e classificate l'esperienza d'uso delle sostanze varia da persona a persona. Infatti, come emerse dai risultati delle ricerche di Zinberg (1984), l'esperienza d'uso, così come la progressione da un uso ricreativo e controllato ad un uso problematico, dipende non solo dalla droga in sé (*drug*) ma anche dallo stato mentale (*set*), dall'ambiente in cui avviene l'uso (*setting*) e dall'interazione di questi fattori.

Il primo fattore, *drug*, fa riferimento a tutti gli aspetti connessi alla sostanza in sé e alla sua composizione farmacologica. Rispetto a questo fattore è importante considerare: la *via di somministrazione*, che determinerà la velocità, l'intensità e la durata degli effetti; la *quantità* usata e la *potenza* della sostanza, che indica quanta ne è necessaria per sentire un effetto; la sua *purezza*; il grado di *tolleranza* che può creare; e infine l'*interazione* con altre sostanze che può produrre effetti amplificati o antagonisti, generando un rischio (Faupel, 2010).

Il *set* fa riferimento a tutti quegli aspetti legati alla persona, come le caratteristiche individuali, lo stato emotivo e mentale al momento dell'uso, le aspettative relative agli effetti, le motivazioni legate all'uso, il livello di salute fisica e mentale e infine le capacità di coping. Il *setting* invece riguarda il contesto in cui avviene l'uso in termini di luogo, presenza o meno di persone e tipologia di relazione con esse, legalità o meno della sostanza, cultura di appartenenza, clima politico e sociale verso l'uso di sostanze (Faupel, 2010; Denning & Little, 2011). Decidere di usare una sostanza in un determinato contesto, con determinate persone acquisisce un significato particolare per la persona, contribuendo a definire l'esperienza d'uso. Tutti questi fattori, nella loro interazione, possono rendere più o meno piacevole e unica l'esperienza e persone

che magari usano la stessa sostanza nella stessa quantità potrebbero avere esperienze completamente diverse. La marijuana, l'eroina e l'LSD sono tre droghe fortemente dipendenti dal set e dal setting. Ad esempio, l'esperienza con l'LSD dipende molto dalle aspettative e dal mood individuale e dall'adeguatezza e dal livello di sicurezza insito nel luogo in cui avviene (Denning & Little, 2011). Il contesto d'uso assume quindi una particolare rilevanza anche per lo sviluppo di rituali, di regole e sanzioni che permettono al consumatore di tenere sotto controllo il proprio uso (Zinberg, 1984), così come dimostrato anche recentemente da uno studio svolto in setting naturali che ha coinvolto consumatori di cocaina (Grund, Ronconi & Zuffa, 2014). I cosiddetti "controlli sociali" operano in diversi contesti e soprattutto si applicano a tutti i tipi di sostanza, compresa l'eroina (Harding & Zinberg, 1977).

Il setting in cui avviene l'uso può fornire inoltre delle indicazioni rispetto al significato assunto da esso a livello non solo individuale ma anche sociale e culturale (Durrant & Thakker, 2003). Infatti, se avviene in contesto medico, l'uso assume il significato di sollievo dalla sofferenza, mentre può rappresentare una forma di "self-medication" qualora non sia prescritto. In un contesto ricreativo o sociale invece è connesso alla ricerca di piacere, divertimento e in qualche caso all'appartenenza al gruppo, demarcando il proprio status sociale. Il contesto va quindi a interfacciarsi e a intrecciarsi con i bisogni individuali, aiutando la persona a soddisfarli.

Ad ogni modo considerare questi tre aspetti, che non agiscono come variabili indipendenti, nella loro interazione ci permette di comprendere l'unicità dell'esperienza individuale e dei significati individuali ad essa attribuiti ed è importante non trascurarli quando ci si interfaccia con qualsiasi tipo di consumatore.

## **Le chiavi di lettura dell'uso e della dipendenza da sostanze**

### *Perché usare sostanze?*

Come qualsiasi comportamento individuale anche l'uso di sostanze ha una sua funzione. Come spiega Ravenna (1997) esso viene percepito dai consumatori, aggiungerei più o meno consapevolmente, come un modo per rispondere ad una varietà di bisogni e desideri. Quindi per comprendere a fondo il perché una persona faccia uso di una o più sostanze, è necessario considerare la sua storia individuale e la sua relazione con il mondo sociale. Tra questi bisogni la stessa autrice sottolinea quello di aumentare o alterare il proprio stato di coscienza, come accade per i cosiddetti "psiconauti", di ricercare sensazioni forti, di sentirsi più disinibiti a livello sociale o stimolati in attività ricreative, usando ad esempio sostanze ricreative (ecstasy, marijuana, alcol) o ancora di sentirsi parte di un gruppo. Inoltre, le sostanze potrebbero servire a proteggere o migliorare l'immagine di sé e in adolescenza, in assenza di momenti di passaggio formali, potrebbero rispondere al forte bisogno di emancipazione dal mondo adulto. In questo caso però, senza una guida o la possibilità di elaborare queste esperienze, è possibile che un adolescente ne sperimenti solo gli effetti negativi.

Infine, usare sostanze permette di ridurre stati di disagio e sofferenza, regolando le emozioni ad essi associate. Questo può avvenire in relazione a situazioni quotidiane percepite come stressanti, permettendo di distaccarsene, ma anche in momenti di vita che rappresentano un passaggio o che hanno un forte impatto (disoccupazione, lutti, conflitti familiari, malattie), nei quali i propri sforzi vengono percepiti come inutili, facendo sperimentare un senso di inefficacia, alienazione e impotenza (Newcomb & Bentler, 1986).

### *Automedicazione, trauma e uso di sostanze*

In quest'ultima cornice si inseriscono diverse teorie che tentano di dare una spiegazione all'uso di sostanze, considerandolo nella sua funzione adattiva. Un esempio ne è la "Self-medication Hypothesis" (Khantzian, 1985), nata dall'osservazione clinica che le persone usassero alcuni tipi di sostanze per gestire o lenire alcuni stati emotivi (es: stimolanti per fronteggiare la depressione o l'eroina per placare la rabbia). Quindi secondo questa teoria le persone userebbero sostanze in modo adattivo, per affrontare difficoltà e sofferenze interiori che non sono in grado di affrontare diversamente. Questa ipotesi, come sostiene Tatarsky (2002) ha permesso di superare l'idea che ai consumatori di sostanze, in particolare quelli problematici, non importi nulla di sé stessi poiché, anche se in un modo che non sempre funziona, è proprio attraverso la sostanza che provano a prendersi cura di sé. Questo spiegherebbe anche come mai l'uso continui nonostante le molteplici difficoltà che può comportare. Infatti, la sostanza procurerebbe sollievo nonostante il dolore che provoca.

Anche Dusty Miller (2007) riporta come in molti casi l'uso di sostanze sia una forma di automedicazione. Nella sua visione usare e abusare di sostanze è una delle tante sfaccettature dell'autolesionismo che si manifesta in quella che chiama "Sindrome da rimessa in atto del trauma" (Trs), tipica di donne che hanno subito traumi nell'infanzia, a partire da forme di estrema trascuratezza da parte dei genitori fino ad arrivare all'abuso sessuale. In questo quadro, l'uso di sostanze, così come l'abuso di farmaci, l'uso eccessivo della chirurgia estetica, comportamenti autolesionisti veri e propri, abbuffarsi o al contrario fare diete estreme, rappresenta un modo per farsi male con lo scopo di rimettere in atto, sia fisicamente che psicologicamente, il proprio trauma infantile. Come spiega Miller "*Bere e drogarsi sono entrambi modi per chiudere fuori dolore, rabbia e paura e corrispondono alle tecniche dissociative con cui chi è vittima di un trauma nasconde dolore, paura e rabbia sperimentati durante l'abuso*" (*ibidem*, p.63). Quindi se da bambina la vittima di trauma cercava di distaccarsi dalla realtà per sopravvivere, da adulta cerca altri modi per ritornare alla sensazione di oblio di cui ha ancora bisogno. E l'uso di droghe secondo l'autrice assolverebbe proprio a questa funzione poiché esse, se da una parte provocano eccitamento, dall'altra parte intorpidiscono, permettendo di allontanarsi da sé.

Come riportano Denning e Little (2011), l'abuso sessuale e psicologico, così come la trascuratezza hanno un forte impatto sulla prevalenza di comportamenti di abuso in età adulta, aumentando moltissimo il rischio di PTSD e di dipendenza. Prendendo alcuni studi come riferimento (e.g. Jhonston et al., 2007) riportano come il 66% degli uomini in trattamento per abuso di sostanze avesse una storia di abuso e/o trascuratezza e il 56% di abuso sessuale, mentre il 40% delle donne in trattamento avesse una storia di abuso e/o trascuratezza e tra il 75 e il 90% di abuso sessuale. Però, se da una parte l'uso di droghe funziona al mantenimento dell'equilibrio omeostatico individuale, impedisce allo stesso tempo una completa metabolizzazione del trauma e potrebbe provocare la rimessa in atto di ulteriori traumi (Goetz, 2001), oltre che creare le condizioni per ulteriori vittimizzazioni (Denning & Little, 2011).

### **Dall'uso alla dipendenza: modelli a confronto**

Mentre alcuni individui usano sostanze in modo controllato altri invece arrivano a sviluppare un uso problematico fino ad arrivare ad una vera e propria dipendenza. Quando è che

questo avviene? E soprattutto come mai alcuni individui sviluppano una dipendenza mentre altri no?

Innanzitutto, è necessario ricordare che il comportamento d'uso di sostanze si muove lungo un continuum che parte dall'uso sperimentale, passando da quello ricreativo, dall'uso abituale per arrivare all'abuso e alla dipendenza (Denning & Little, 2011). Mentre le prime tre forme d'uso non sono patologiche invece nell'abuso la persona continua ad usare la sostanza nonostante le conseguenze negative, e nella dipendenza, l'abuso è accompagnato anche dal "craving" e dalla possibilità di "relapse". Queste autrici inoltre aggiungono in questo continuum la dipendenza fisica, dove appaiono anche tolleranza e astinenza, e la cosiddetta dipendenza persistente (Peele, 1991), dove è presente un'estrema difficoltà nel cambiamento del pattern d'uso, spesso caotico e accompagnato da problematiche psico-socio-economiche. Ad ogni modo, questo continuum non è caratterizzato da un'inevitabile progressione, né da una linearità. Anzi si tratta di una dinamica fluida in cui ogni individuo può muoversi tra i vari livelli di uso o rimanere nello stesso per sempre. Usare sostanze nella maggior parte dei casi non è patologico e la dipendenza è quindi solo uno dei possibili esiti. Questo, al contrario della credenza popolare, vale anche per quelle sostanze che si ritiene portino inevitabilmente alla dipendenza, come dimostrato per esempio per l'uso di oppiacei nello studio condotto sui veterani del Vietnam (Robins, 1993; Helzer, 2010).

Ad ogni modo la scienza non ha ancora individuato un singolo fattore che possa spiegare perché alcune persone, pur facendo uso di sostanze, non diventano dipendenti, mentre altre invece ne abusano e progrediscono verso la dipendenza (Shewes & Gonzalez, 2013). Alcuni modelli, come il Brain Disease Model of Addiction (Leshner, 1997; Volkow, Koob & McLellan, 2016) hanno tentato di individuare un'unica spiegazione alla dipendenza mentre altri, che prendono le basi dal Modello Biopsicosociale (Engel, 1977) hanno cercato di fornire una visione olistica a questo complesso fenomeno.

### *Modello BDMA vs Modello biopsicosociale*

Come afferma Becoña (2018), "negli ultimi anni abbiamo visto psichiatri e neuroscienziati tentare di trasformare la dipendenza in una malattia del cervello" (p.270). Infatti, a partire dalla fine degli anni '70 fino ad arrivare agli anni più recenti, si è sviluppato un filone di studi che ha promosso il cosiddetto "Brain disease model of addiction" (BDMA) che definisce la dipendenza come "lo stadio più grave e cronico del disturbo da uso di sostanze, dove si assiste ad una sostanziale perdita di controllo, come indicato dall'uso compulsivo nonostante i tentativi di smettere" (Volkow et al, 2016, p.364). Nella prospettiva di questi autori, così come concettualizzata per la prima volta da Leshner (1997), la dipendenza è una malattia cerebrale cronica e recidivante caratterizzata da una ricerca e un uso compulsivo della sostanza. L'uso cronico, coinvolgendo il sistema della ricompensa, comporterebbe alla lunga una modificazione nelle aree cerebrali coinvolte nelle funzioni esecutive, come il decision-making, il controllo e l'autoregolazione. In questo modello viene posto l'accento sulla cronicità del disturbo, dovuta al fatto che l'astinenza totale, che rappresenta comunque la via da percorrere, sia una condizione rara mentre la presenza di ricadute sia la condizione più usuale. La guarigione sembra quindi impossibile mentre l'aspettativa più realistica è rappresentata dalla possibilità di ottenere dei lunghi periodi di astinenza interrotti da momenti di ricaduta (Leshner, 1997). Secondo questi autori la dipendenza dovrebbe quindi essere approcciata come qualsiasi altro disturbo cronico e il trattamento dovrebbe quindi essere orientato alla sua gestione anziché alla sua cura (O'Brien and McLellan, 1996).

Fin dalla sua prima formulazione questo modello è stato considerato capace di ridurre lo stigma intorno alle persone tossicodipendenti, spesso rappresentate come deboli, cattive e incapaci di controllarsi (Leshner, 1997). Però, pur avendo fornito una visione più scientifica che le rappresenta come persone bisognose di cura, è stato ampiamente criticato per il suo riduzionismo (Hall, Carter & Forlini, 2015). Inoltre, mentre si adatta soprattutto alle persone che si trovano nelle condizioni più croniche e gravi, fallisce nel descrivere forme meno gravi di dipendenza, che sono le più diffuse (Hall et al., 2015). Infine, trascurando il ruolo del set e del setting, non permette di spiegare come mai una persona inizi ad usare una sostanza, perché scelga proprio quella, perché cambi il proprio pattern di consumo o smetta di usarla e come le persone riescano a smettere senza trattamento (*self-recovery*) (Bassi et al., 2018; Grund, 2017).

Senza negare il ruolo che la biologia ha nel complesso fenomeno della dipendenza, sarebbe però necessario considerarla come una parte del tutto anziché come l'aspetto predominante. Infatti, i critici di questo modello riconoscono che l'uso cronico possa incidere sui processi cognitivi e motivazionali, aspetto che spiega in parte la maggiore suscettibilità di alcune persone alla sostanza, ma ritengono che la dipendenza vada trattata come un complesso disturbo biologico, psicologico e sociale, usando diversi approcci clinici e di salute pubblica e integrando diverse prospettive (Hall et al., 2015). Il modello biopsicosociale, proposto per la prima volta da Engel (1977), ponendo l'accento sull'importanza del ruolo dei fattori biologici, psicologici e sociali nel funzionamento umano, rappresenta quindi un'alternativa al modello della malattia. Applicando questo modello alla dipendenza, è possibile quindi affermare che fattori genetici/biologici, psicologici e socio-culturali contribuiscono all'uso di sostanze (Becoña, 2002; Skewes & González, 2013).

A differenza del modello BDMA, che prevede che la dipendenza, in quanto malattia cerebrale cronica, progredisca se non trattata, il modello biopsicosociale riconosce la possibilità che avvenga quello che viene chiamato "*natural recovery*" o "*self-recovery*", una delle modalità più diffuse di "guarigione" (Skewes & González, 2013). Questo è stato dimostrato anche dallo studio sui veterani del Vietnam, il cui consumo riportato di eroina e la dipendenza al ritorno a casa risultavano simili a quelli precedenti alla partenza per il Vietnam, dove il consumo temporaneamente era aumentato (Helzer, 2010). Questo studio mette in luce il peso assunto dall'ambiente e dimostra che al cambiare delle condizioni ambientali cambia anche il consumo (Becoña, 2018).

Quindi, visto il ruolo che i fattori psicologici e sociali, oltre quelli biologici, svolgono nel sostenere l'uso e la dipendenza, dovrebbero essere presi in considerazione nella sua prevenzione e nel trattamento, utilizzando un approccio integrato che vada oltre il tentativo di ridurre e semplificare un fenomeno così complesso.

## **La psicoterapia della riduzione del danno: una "nuova" prospettiva**

### *Che cos'è la riduzione del danno?*

La psicoterapia della riduzione del danno trae origine dall'approccio della riduzione del danno che ha l'obiettivo di ridurre i rischi legati all'uso sia per i consumatori che per le loro famiglie e la comunità, senza necessariamente ridurre il consumo o proporre l'astinenza come unica alternativa. La sua storia inizia nel primo '900 in Inghilterra, dove venivano prescritte eroina e morfina alle persone dipendenti da oppioidi (Spear, 1994), ma solo negli anni '70

l'OMS ne raccomandò l'utilizzo "per prevenire o ridurre i danni associati all'utilizzo non medico di droghe capaci di creare dipendenza" (WHO, 1974), divenendo poi un approccio predominante in Europa in seguito alla diffusione dell'HIV tra le persone che si iniettavano eroina (Cook, Bridge & Stimson, 2010). Iniziarono quindi le prime esperienze di scambio di siringhe sterili (NSP-needle and syringe program), ma ci vollero circa due decenni perché fosse inserita nella "Drug Strategy" europea (Unione Europea, 2000). Dai primi esperimenti si è ampliata sempre di più sviluppando programmi di trattamento sostitutivo con metadone (OST-opioid substitution Treatment), di prevenzione di un uso più sicuro, di screening per le malattie infettive, di vaccinazione e trattamento dell'epatite C (Zuffa, 2011a), fino ad arrivare alle esperienze di peer education, alla creazione delle stanze del consumo (WHO, 2009) e infine ad esperienze di drug checking durante i festival di musica. Nonostante la sua applicazione dipenda dai singoli paesi e dal clima politico culturale verso le droghe, la riduzione del danno ha rappresentato fin da subito un approccio alternativo, che ha consentito di rivolgersi a coloro per cui gli approcci tradizionali orientati all'astinenza non funzionavano e di rendere il consumo più sicuro, diventando una base per lo sviluppo di politiche nazionali in molte parti d'Europa (Marlatt, 1998).

### *La psicoterapia della riduzione del danno*

La psicoterapia della riduzione del danno (HRP), sviluppatasi recentemente all'interno di questo movimento, è l'insieme di quegli interventi psicologici che cercano di ridurre il danno associato all'uso di sostanze senza porre come obiettivo iniziale l'astinenza (Tatarsky, 1998). Questo modello si pone come alternativa ai tradizionali modelli "abstinence-only" in cui l'astinenza non solo rappresenta l'obiettivo finale ma anche il prerequisito per entrare e rimanere in trattamento, come accade nel programma dei 12 passi degli Alcolisti Anonimi (AA). L'astinenza è un prerequisito poiché i consumatori attivi vengono considerati non in grado di impegnarsi in un trattamento a causa della compromissione della loro consapevolezza e capacità di giudizio, e la loro malattia viene considerata una condizione permanente e sempre attiva. Il comportamento d'uso diventa quindi il target principale dell'intervento. Questi approcci, oltre ad isolare il comportamento "problematico" dal resto della persona, falliscono nella misura in cui non riescono ad incontrare tutti i consumatori, un gruppo variegato di persone che si differenziano per caratteristiche di personalità, modalità d'uso e motivazioni al cambiamento (Tatarsky, 2002). Inoltre, avendo l'uso talvolta un valore adattivo ed essendo intriso di significati personali multipli più o meno consapevoli, la richiesta di astinenza per alcuni potrebbe essere una via impensabile, almeno non prima di aver esplorato questi significati e la funzione dell'uso. Infine, è importante considerare che non tutti i consumatori desiderano l'astinenza (Tatarsky, 2003), preferendo invece una moderazione nell'uso che permetta loro di ottenere un maggior controllo (Cunningham, Sobell, Sobell, Agrawal, & Toneatto, 1993; Rotgers, 1996).

### *Il modello HRP è una filosofia*

Come affermano Denning e Little (2011) la HRP, oltre ad essere un approccio psicoterapeutico, è una vera e propria filosofia in cui il terapeuta è guidato da un atteggiamento di accettazione verso il fatto che l'uso di sostanze fa parte della vita dell'uomo e dalla visione dei consumatori come persone che si stanno adattando come possono con le risorse a loro disposizione.

Questa filosofia si basa su alcuni principi che Tatarsky (2002; 2003) ha riassunto nei seguenti punti:

- *Incontrare il paziente come un individuo* con il proprio mondo interno, i propri bisogni, le proprie vulnerabilità e risorse, la propria biologia, il proprio background sociale, la propria storia e il proprio specifico pattern d'uso con i propri significati;
- *Iniziare dal punto in cui si trova il paziente*, incontrarlo esattamente dove è, accentuando qualsiasi sia l'obiettivo che si pone e il livello di motivazione al cambiamento. Anziché chiedere di raggiungere degli standard si dovrà andare incontro a ciò che il paziente vuole, così da favorire il suo coinvolgimento;
- *Partire dal presupposto che il paziente abbia delle risorse da supportare* e da cui partire per iniziare il processo di cambiamento;
- *Accettare piccoli cambiamenti incrementali come passi nella giusta direzione*, poiché per molte persone il cambiamento comporta piccoli step che potrebbero avere bisogno di tempo per essere integrati prima che si possa procedere. Quindi ogni piccolo passo verso la riduzione dei rischi associati all'uso è da valorizzare;
- *Non portare l'astinenza (o qualsiasi altra nozione) come una precondizione necessaria della terapia prima di conoscere davvero la persona*, poiché gli obiettivi emergono durante il processo terapeutico;
- *Sviluppare una relazione collaborativa che favorisca l'empowerment*, partendo dalla consapevolezza che il terapeuta non necessariamente sappia cosa sia meglio per il paziente e che quindi si debba procedere come un team;
- *L'importanza di de-stigmatizzare il consumatore*, per evitare che lo stigma interiorizzato favorisca nel terapeuta l'emergere di un controtransfert negativo che impedisce di vedere il paziente accuratamente e nel paziente di sentimenti e aspettative negative verso di sé che influenzano il percorso verso il cambiamento.

### *Il modello HRP e le sue matrici: il modello biopsicosociale e il modello dei significati multipli*

Il modello HRP ha come cornice il modello biopsicosociale. Infatti, Tatarsky & Kellog (2012) sostengono che l'uso problematico di sostanze sia il risultato di una complessa interazione, unica per ogni consumatore, tra vulnerabilità biologiche, sociali e psicologiche preesistenti e le conseguenze dell'uso a livello biologico, psicologico e sociale. Un'interazione che secondo gli autori spiega come mai alcuni aumentano frequenza ed intensità d'uso dopo un periodo di sperimentazione. Secondo questi autori le vulnerabilità e le conseguenze biopsicosociali sono i fattori che motivano all'uso e contribuiscono a creare una vera e propria relazione con la sostanza. Quindi, prima di agire sull'uso problematico è necessario lavorare su questi fattori poiché agendo su di essi potrebbe cambiare la motivazione all'uso e la relazione con la sostanza (Tatarsky & Kellog, 2012).

La relazione che si crea con la sostanza è un aspetto da non sottovalutare poiché intrisa di molteplici significati che talvolta si nascondono agli occhi del consumatore, rendendo necessario farli emergere per trovare nuove alternative per poterli esprimere ed agire. Questi significati inoltre hanno spesso una matrice relazionale. Infatti, Tatarsky (2002) sottolinea che molte persone con un uso problematico di sostanze hanno una storia di relazioni interpersonali difficili, fonte di dolore e sofferenza. La relazione additiva permette di investire la sostanza della "credenza magica" che essa possa curare e prendersi cura della persona più di quanto qualsiasi altra persona sia in grado di fare, rimpiazzando chi viene vissuto come imprevedibile e inaffidabile. Denning (2000) evidenzia inoltre che l'uso di sostanze possa rispecchiare i pattern di attaccamento precoci e che potrebbe rappresentare l'unica relazione significativa nella

vita del paziente. Spesso, maggiore è la gravità della dipendenza maggiore è la probabilità che ci siano state esperienze di attaccamento problematiche che necessitano di essere prese in considerazione.

### *Il modello HRP è un approccio integrato*

Il modello HRP, si propone di essere un modello integrato, combinando modelli e interventi provenienti da diversi approcci psicoterapeutici, in particolare da quello psicodinamico e da quello cognitivo-comportamentale.

Grazie alla matrice psicodinamica il lavoro terapeutico si orienta alla comprensione dei molteplici e profondi significati dietro all'uso che talvolta rimangono sotto la soglia della consapevolezza dell'individuo. Per farli emergere viene attribuita particolare importanza alla storia dell'individuo e alla relazione terapeutica che, grazie al transfert e al controtransfert, diventa strumento di lavoro. Questo approccio però, vista la presenza di una sostanza esterna che crea degli effetti psicofisici sull'individuo, talvolta da solo non basta. Infatti, quando l'uso viene percepito dall'individuo come fuori dal proprio controllo, creando sofferenza e conseguenze negative, indagare e comprendere i significati sottostanti può non essere sufficiente. Infatti, se ad esempio usare sostanze permette di placare l'ansia o la sofferenza, l'emergere di questi sentimenti può costituire un trigger che alimenta il desiderio e l'urgenza di ricorrere ad esse, soprattutto se l'individuo non è ancora in grado di gestire, tollerare, stare a contatto con questi sentimenti, da cui può sentirsi sopraffatto. In questo può quindi essere di aiuto l'utilizzo di teorie e interventi di matrice cognitivo-comportamentale (Tatarsky, 2002; 2012), come ad esempio il Modello transteorico del cambiamento di Prochaska e Diclemente (1992), l'intervista motivazionale di Miller & Rollnick (1991), la bilancia decisionale, gli skill training e gli interventi di psico-educazione sulle sostanze.

Quindi il modello HPR combina ad un approccio focalizzato sullo sviluppo di abilità e sull'autogestione, un approccio esplorativo che ha l'intento di "svelare" i significati multipli dell'uso. L'apprendimento di abilità per identificare il rischio e ridurlo e per far emergere i significati dell'uso avviene all'interno di uno spazio relazionale in cui il paziente si senta riconosciuto e connesso empaticamente con il terapeuta (Tatarsky, 2003).

## **Tra costruttivismo intersoggettivo e HRP**

### *I presupposti teorici*

Provando a tracciare una linea tra l'approccio costruttivista intersoggettivo e quello HPR è possibile affermare che diversi siano i principi che li uniscono. Infatti, in entrambi i casi viene presa in considerazione la funzione adattiva della sintomatologia che acquisisce un valore informativo. Il sintomo è il segnale che qualcosa non procede più come prima ed è funzionale al sistema individuale poiché rappresenta la modalità migliore, anche se portatrice di malessere, che la persona è riuscita a costruire per mantenere integro il senso del proprio equilibrio e della propria identità personale (Cionini, 2013). Il sintomo prima di essere eliminato va quindi compreso nella sua funzione, a partire dalla ricostruzione della storia di vita fino ad arrivare al presente. Vedere l'individuo nella ricorsività della sua esperienza rende possibile comprendere come mai l'uso di sostanze sia diventato ad un certo punto della vita la via più percorribile e come mai lo sia tuttora. È quindi nel continuo passaggio dal passato al presente e dal presente

al passato che è possibile evocare i molteplici significati, per parlare alla Tatarsky (2002), che l'uso ha rivestito e riveste ancora.

In entrambi gli approcci viene posta enfasi sulle esperienze di attaccamento, la cui analisi può fornire non solo delle informazioni rispetto a come si è costruito l'individuo in base ad esse ma anche su che tipo di relazione ha costruito con la sostanza e su quale stile adotterà nella relazione terapeutica. Proprio rispetto a quest'ultimo punto, in entrambi gli approcci la relazione terapeutica rappresenta un obiettivo da raggiungere per costruire l'alleanza e uno strumento di cambiamento. All'interno di questa relazione, che avviene nello spazio intersoggettivo, è possibile dare un senso ai fenomeni di transfert e controtransfert che di volta in volta possono emergere. Per creare l'alleanza terapeutica, Tatarsky & Kellog, (2012) ritengono che esplicitare fin da subito la tipologia di approccio, facendone presenti i presupposti, riduca la possibile aspettativa da parte del paziente di "essere obbligato a". Inoltre, rendere noto al paziente che è "normale" provare ambivalenza verso il cambiamento vista la possibile funzione positiva o adattiva dell'uso, può essere di aiuto nella creazione di questa alleanza poiché riduce le paure e il senso di vergogna provato per il fatto di "privarsi" di qualcosa. Infine, data la fragilità che spesso presentano questi pazienti, il terapeuta deve porre attenzione all'emergere di possibili stati ansiosi in relazione al cambiamento, creando uno spazio sicuro e quindi, citando Guidano (1988), deve porsi come un "*perturbatore strategicamente orientato*", calibrando costantemente la minaccia.

In entrambi i casi inoltre viene posto lo sguardo sulle esperienze traumatiche. Infatti, come precedentemente sottolineato, nelle storie di vita di persone che hanno problemi con l'uso di sostanze si riscontrano frequentemente esperienze di traumi relazionali o, per dirla alla Bromberg (2012), di *traumi relazionali precoci multipli*, a partire dal "*neglet*" fino ad arrivare all'abuso sessuale. Queste esperienze possono condurre a fenomeni dissociativi, che proteggono "*la persona dal rischio che quel dolore si ripresenti, stabilendo confini più sicuri fra gli stati del Sé che permettono un funzionamento adeguato nella vita quotidiana e quelli che hanno a che fare con le memorie implicite delle esperienze traumatiche*" (Cionini & Mantovani, 2016, p.42). Nel caso di persone che usano sostanze con funzione adattiva, gli stati del sé dissociati potrebbero sostenere il comportamento d'uso e, come sostiene Burton (2005), l'uso di sostanze potrebbe essere stato-dipendente; quindi legato ad uno o più stadi del sé, diversi e non presenti quando non emerge il comportamento d'uso.

Infine, l'approccio HRP fonda le sue basi all'interno della cornice biopsicosociale considerando quindi anche il ruolo di fattori biologici e sociali oltre che quelli psicologici nella dipendenza. L'approccio costruttivista non considera i fattori biologici e sociali come determinanti la dipendenza. Riprendendo però la teoria dell'autopoiesi di Maturana e Varela (1985), su cui esso fonda parte delle proprie radici epistemologiche, possiamo certamente affermare che in quanto sistemi viventi, caratterizzati quindi da una componente biologica e da una psichica che definiscono la nostra organizzazione e modellano le nostre strutture, siamo inseriti all'interno di un ambiente, quindi di un contesto sociale micro e macro, dal quale riceviamo perturbazioni sotto forma di eventi. Tuttavia, gli eventi non hanno il potere in sé di modificare il sistema: l'effetto che producono non dipende dalle loro caratteristiche ma dalle caratteristiche del sistema, ovvero dal modo in cui il sistema percepisce l'evento stesso in base alla sua organizzazione. Quindi dalla prospettiva del costruttivismo intersoggettivo, nell'uso di una sostanza e nella dipendenza hanno un ruolo il modo in cui gli aspetti sociali sono costruiti dalla persona e non le caratteristiche dei fattori sociali in sé.

Comunque, sia nell'HRP sia nel modello costruttivista intersoggettivo non viene posta attenzione all'individuazione dei fattori biologici né tantomeno alla loro interazione con i fattori

psicologici o sociali nello sviluppo della dipendenza. È nel processo terapeutico, come verrà approfondito nei successivi capitoli, che sarà importante considerare gli effetti biologici legati all'uso della sostanza, anche se si tratta di un aspetto che rimane sullo sfondo.

A partire da questi presupposti nel paragrafo successivo verrà descritta una proposta di integrazione nel processo terapeutico tra costruttivismo intersoggettivo e approccio HRP.

## **Il processo terapeutico: una proposta di integrazione**

### *Il primo colloquio e l'assessment*

Il primo incontro con un paziente con problemi di uso di sostanze è di fondamentale importanza per poter procedere verso la costruzione di quell'alleanza terapeutica necessaria al proseguimento di un percorso. Per poter fare spazio alla possibilità che il paziente, perfettamente conscio del giudizio sociale sul proprio comportamento, si fidi e si affidi, è necessario interiorizzare i principi della riduzione del danno, farli propri, ed esplicitarli.

Nel primo colloquio, oltre a fare un'attenta analisi della domanda e definire il contratto terapeutico, è necessario iniziare a farsi un'idea non solo della storia del comportamento d'uso ma anche dell'uso attuale, tenendo in considerazione le tre dimensioni proposte da Zinberg (1984) del *drug, set e setting*, aspetto che consente di cogliere i primi significati legati all'uso e di comprendere anche l'entità della problematica e il punto in cui si collega nel continuum dell'uso di sostanze. Inoltre, è necessario comprendere se per il paziente, in base ai suoi desideri/obiettivi e alle sue possibilità, è indicato iniziare un percorso di psicoterapia e iniziare a farsi un'idea di che altri interventi avvalersi: trattamento residenziale, ambulatoriale, necessità di una terapia sostitutiva, partecipazione a gruppi di self-help, accesso a servizi a bassa soglia.

Come nella terapia costruttivista intersoggettiva, anche in questo caso è utile dare avvio al processo terapeutico con la raccolta della storia di vita del paziente (Cionini 1999; 2006; 2013), dai primi ricordi della propria infanzia al presente. Questa permette infatti di costruirsi un'immagine globale della persona e dei suoi processi psicologici, oltre che dell'origine e della funzione dell'uso della sostanza durante il corso della vita. Quindi, oltre a raccogliere informazioni sulle esperienze di attaccamento, sarà importante concentrare la propria attenzione su quando e come è avvenuto il primo contatto con le sostanze e come è proseguito nella storia evolutiva dell'individuo, cogliendone il senso e la funzione nei vari momenti di vita.

In continuità con l'assessment sulla storia di vita, una volta arrivati al presente, sarà necessario dedicare spazio all'attuale pattern d'uso. Secondo Tatarsky (2022) questa fase di raccolta dati ha la funzione di aiutare il paziente ad iniziare a rendersi consapevole della relazione tra l'uso della sostanza e altre problematiche individuali o relazionali. L'assessment sull'uso deve raccogliere informazioni sul pattern d'uso e sull'impatto positivo e negativo sulla vita del paziente, cercando di comprendere via via i significati ad esso connessi e la funzione in relazione ad altri problemi di vita. Focalizzare quali siano le conseguenze negative permetterà in un secondo momento di creare su di esse obiettivi condivisi, mentre individuare i significati permetterà di iniziare ad individuare modalità alternative e meno dannose per assolvere alle stesse funzioni assolte dalla sostanza. Per condurre questo assessment è possibile utilizzare uno strumento elaborato da Denning e Little (2011), basandosi sulla teoria del Drug, set and setting di Zinberg (1984), ovvero il "*Multidisciplinary assessment profile*" (MAP), composto da tredici aree suddivise in tre sezioni: droga, set e setting.

Nella prima area le autrici suggeriscono indagare i seguenti aspetti:

## La psicoterapia della riduzione del danno nel trattamento della dipendenza da sostanze

- *Droga*: che tipo di sostanza viene usata e in che frequenza, quantità, modi e pattern d'uso.
- *Livello di abuso o dipendenza*: considerare il continuum di uso, abuso e dipendenza e il livello di controllo della persona sulla sostanza.
- *Farmaci prescritti*: attuali o passati, considerando anche la compliance al trattamento e come interagiscono con la droga.

Nell'area del set invece è necessario indagare:

- *Motivazioni e aspettative*: comprendere cosa la persona spera di ottenere con l'uso, il suo significato dell'uso, le conseguenze positive e negative dello stesso e come impatta sulla vita della persona.
- *Obiettivi fissati dal paziente*: tipo di trattamento desiderato e tipo di trattamento che rifiuta. Gli obiettivi possono anche essere legati anche ad altri ambiti di vita.
- *Stadio del cambiamento* in cui il paziente si trova, facendo riferimento al Modello transteorico (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992). In base allo stadio del cambiamento, sarà opportuno concentrarsi su obiettivi diversi<sup>1</sup>;
- *Auto-efficacia*: quanto la persona si ritiene capace di controllare il proprio comportamento o di fare cambiamenti, non necessariamente rispetto all'uso, prendendo anche spunto da esperienze precedenti.
- *Storia dei precedenti trattamenti*: valutare i precedenti tentativi di eliminazione o controllo sulla sostanza e come sono andati. Rispetto ai precedenti trattamenti se presenti, indagare il tipo di trattamento, durata, obiettivi, quali aspetti sono stati utili e quali no.
- *Diagnosi psichiatrica o problemi medici*: storia psicosociale, storia medica, diagnosi psichiatrica, osservazione, percezione del paziente di come l'uso influisca sui problemi medici, mentali o emotivi.
- *Griglia di sviluppo*: eventi chiave nella vita individuale e costruzione di sé, mettendoli in relazione con l'attuale dipendenza [punto sostituibile con la raccolta della storia di vita e successiva costruzione professionale].  
Nell'area del setting infine vanno esplorati:
- *Setting di uso*: dove e con chi.

---

<sup>1</sup> Il modello Transteorico individua sei stadi di cambiamento e si basa sul presupposto che il cambiamento sia un processo fluido, che in ogni stadio l'individuo abbia esperienze di diversi stati motivazionali e che l'autoefficacia sia alla base del cambiamento e del suo mantenimento. Denning (2002) e Springer (2004) ritengono che in ognuno di questi stadi sia importante porsi obiettivi diversi. Infatti, nello stadio *precontemplativo*, dove ancora non c'è consapevolezza della problematica, si può lavorare per favorire l'alleanza e il processo di auto-riflessione rispetto al proprio uso, utilizzando interventi psicoeducativi sulle sostanze. Nello stadio di *contemplazione*, dove c'è consapevolezza del problema ma indecisione rispetto a cosa fare, si può esplorare l'ambivalenza. Nello stadio della *preparazione*, dove la decisione su cosa fare è stata presa, è possibile individuare gli obiettivi e pianificare l'azione. Quest'ultimo è lo stadio successivo dove il paziente va aiutato a fare i primi passi verso il cambiamento (es: moderazione uso, astinenza, uso di siringhe sterili, uso del metadone). Nello stadio di *mantenimento* invece la persona va aiutata a individuare un piano di prevenzione della ricaduta, focalizzandosi inoltre su altre possibili problematiche anche legate alla storia di vita. La *ricaduta*, che rappresenta lo stadio successivo, va vissuta come un'esperienza di apprendimento ed è importante sottolineare fin dall'inizio che fa parte del processo. Rispetto alla prevenzione della ricaduta, un riferimento importante è il lavoro di Marlatt (Bowen, Chawla & Marlatt, 2010) che ha sviluppato il protocollo "*Mindfulness based relapse prevention*". Infine, lo stadio di *terminazione* è quello in cui il cambiamento è stato raggiunto e si può proseguire con il lavoro sulle altre problematiche presenti nella vita del paziente.

- *Sistema di supporto*: comprendere su quale rete può contare la persona sia in termini di relazioni amicali o familiari, che di ambiente di vita e contesto culturale.
- *Preoccupazioni del terapeuta*: obiettivi che il terapeuta spera che il cliente esprima e rischi di cui il paziente non è consapevole.

Infine, nella fase iniziale e sempre in un'ottica di riduzione del danno, Tatarsky (2012) suggerisce di proporre anche una valutazione medica per comprendere l'impatto che l'uso della sostanza ha sull'individuo.

### *La costruzione professionale e gli obiettivi condivisi*

I dati, raccolti in una sintesi della storia di vita e in una sintesi sull'uso attuale della sostanza, permetteranno di giungere alla costruzione professionale. Quest'ultima, oltre a contenere le prime ipotesi esplicative sul modo di muoversi nel mondo del paziente e sull'origine della sua dipendenza e del suo sviluppo nel tempo, dovrà focalizzarsi sulle modalità più utili di porsi con quel paziente, in base ai processi (coinvolgenti, distanzianti, dissociativi) prevalentemente usati, e sui possibili obiettivi di cambiamento. Mentre questi ultimi rimangono parte del modo di procedere del terapeuta, sarà invece importante individuare e condividere con il paziente dei possibili obiettivi relativamente all'uso, esplicitando anche la possibilità di avvalersi di altri interventi (comunità, gruppi self-help, terapia sostitutiva, ecc.). L'obiettivo è quello di rendere il paziente parte integrante del suo processo di cambiamento e favorire la sua compliance.

Inoltre, tenendo sempre presente che l'obiettivo di fondo è di comprendere la funzionalità del sintomo e non di eliminarlo, nel caso dell'uso di sostanze è necessario anche concentrarsi sul rischio o i rischi che l'individuo può correre sia a livello di salute che a livello sociale. Quindi, soprattutto nei casi in cui l'uso sia diventato eccessivo o comprometta altri importanti bisogni, in un'ottica di riduzione del danno l'obiettivo iniziale consiste nel supportare l'individuo nel modificare i propri comportamenti al fine di renderli meno dannosi (Tatarsky & Kellog, 2012). Questo potrebbe consistere nell'apprendimento di pratiche d'uso più sicure, nell'uso di siringhe sterili, nell'usare in presenza di altre persone o essere a conoscenza del rischio di overdose e di come prevenirla. Poi è necessario comprendere come il paziente vorrebbe muoversi rispetto alle problematiche d'uso emerse nell'assessment; quindi, se voglia tornare ad avere controllo sull'uso di una particolare sostanza, se ne voglia ridurre i rischi o se voglia invece astenersene. In questo senso è importante definire obiettivi a breve e a lungo termine basandosi su quanto siano raggiungibili in termini di risorse personali, tempi e dipendenza, partendo dal presupposto che possano cambiare nel tempo (Denning & Little, 2011). Infatti, nel caso di sostanze che creano una forte dipendenza fisica è molto difficile raggiungere il controllo o moderare l'uso come primo passo a causa della tolleranza e dei sintomi di astinenza. Quindi è importante farlo presente al paziente e mostrare possibili alternative nel lungo termine che non necessariamente siano di totale astinenza. Questo potrebbe aiutare il paziente a considerare la possibilità di sperimentare un'astinenza nel breve termine. Invece, quando non c'è una componente fisica, si può proporre di sperimentare i cosiddetti "*drug free days*"

per ridurre i problemi maggiori legati all'uso o utilizzare alternative all'astinenza<sup>2</sup>. Queste esperienze diventano uno strumento di lavoro che permette di riflettere sulle difficoltà incontrate, le sensazioni provate e i pensieri avuti, facendo sperimentare delle nuove modalità senza che questo significhi necessariamente arrivare ad un cambiamento radicale del proprio pattern d'uso. Qualora l'obiettivo desiderato e raggiungibile sia l'astinenza è importante esplicitare fin da subito che la ricaduta non viene considerato un fallimento ma può invece rappresentare una parte del percorso.

Tatarsky (2007) suggerisce anche di creare un "*piano ideale d'uso*" per chiarirne gli aspetti problematici, individuare nuovi obiettivi d'uso, produrre cambiamenti in altre aree di vita e sviluppare strategie per raggiungere questi obiettivi. Questo piano potrebbe anche essere solo ipotizzato con il paziente ma risulta utile a comprendere le sue aspettative e i suoi obiettivi. In alternativa ci si può avvalere del "*Substance use management*" (Bigg, 2001; Dennig & Little, 2011) che consiste nell'individuare un piano d'uso insieme al paziente in termini di tipo di sostanza, frequenza d'uso, quantità e via di somministrazione. Focalizzare questi aspetti permette anche di comprendere le motivazioni dietro all'uso di uno specifico tipo di droga e che tipo di stato emotivo si vuole raggiungere. Se si utilizza questo strumento è importante essere neutri ma anche realistici, dando dei feedback sulla sua fattibilità e rivedendolo in corso d'opera se necessario.

L'utilizzo di questi strumenti nella definizione degli obiettivi è da valutare in base alla tipologia di paziente, alla gravità della sua dipendenza e alle conseguenze della stessa sul suo funzionamento globale. Più grave è la dipendenza e le sue conseguenze, maggiore è la necessità di avvalersi anche di altri interventi, di definire in modo chiaro e condiviso gli obiettivi e utilizzare procedure più specifiche utili a raggiungerli. In un'ottica costruttivista non si agisce direttamente sul sintomo, partendo dal presupposto che questo svanirà quando non avrà più una funzione nel mantenimento dell'equilibrio. Questo, dati gli effetti fisici e psichici che comporta una sostanza sull'individuo, potrebbe non accadere nel caso della dipendenza nonostante si raggiunga il punto in cui l'uso non è più funzionale. Di conseguenza in alcuni momenti e in alcune situazioni sarà necessario muoversi tenendo in considerazione questo aspetto.

### *Il processo terapeutico*

Il processo terapeutico si muove quindi su due percorsi strettamente connessi tra di loro: quello più diretto alle sostanze e quello relativo alle altre problematiche del paziente, tenendo presenti i possibili obiettivi di cambiamento individuati dal terapeuta.

In relazione all'uso di sostanze, oltre ad utilizzare gli strumenti già presentati, come il SUM, ci si potrà avvalere di interventi pedagogici volti alla riduzione del danno, qualora se ne ravveda la necessità. Questi potranno riguardare gli effetti delle droghe, gli effetti del consumo di più sostanze contemporaneamente, i meccanismi neurobiologici che si attivano con l'uso e che sono coinvolti nel "*craving*". Il bagaglio di conoscenze del terapeuta dovrà quindi essere ricco di queste informazioni, così da poter fornire al paziente tutti gli strumenti conoscitivi necessari ad effettuare una scelta consapevole in termini di sostanze usate e di come usarle. Inoltre, potrebbe essere utile proporre al paziente di osservare, come se fosse una persona esterna, la propria modalità d'uso per renderlo più consapevole di come si sente e cosa pensa.

---

<sup>2</sup> Ne sono un esempio le "*warm turkey*": "*tapering down*", che consiste nel ridurre gradualmente l'uso fino a raggiungere l'astinenza; "*sobriety sampling*" che comporta un'astensione per un piccolo periodo; "*trial moderation*" che comporta un attento monitoraggio di una prova di moderazione (Miller & Page;1991).

Mentre si lavora su questi aspetti è importante anche lavorare sulle altre problematiche di vita del paziente poiché anche questo potrebbe comportare un cambiamento nell'uso di sostanze (Tatarsky, 2002). Il lavoro episodico sul presente, che coinvolga o meno l'uso della sostanza, può rappresentare un valido aiuto per comprendere come il paziente si muove nel mondo, aiutandolo allo stesso tempo a comprendersi, sviluppando consapevolezza ma anche entrando in contatto più profondo con le proprie sensazioni, i propri pensieri e le proprie modalità di agire. Quando gli episodi sono relativi alle occasioni d'uso è importante cercare di comprendere i significati multipli sottostanti, collegandoli al contesto di vita presente e passato dell'individuo.

Inoltre, le procedure dell'approccio costruttivista intersoggettivo, come quelle conversazionali (maieutica, fenomenologica, ermeneutica) e il lavoro sulle emozioni attraverso la focalizzazione sul corpo o tramite l'utilizzo di immagini e del sogno guidato, diventano un utile strumento durante tutto il processo, permettendo un continuo passaggio tra descrizione, comprensione e spiegazione e aiutando il paziente ad entrare in contatto con sé stesso nella propria esperienza (Cionini, 2013).

Nell'approccio HRP viene utilizzata anche l'Intervista Motivazionale (Miller & Rollnick, 1991) come strumento per facilitare e rafforzare la spinta al cambiamento, ma ritengo che la *validazione*, così come utilizzata in ottica costruttivista intersoggettiva<sup>3</sup>, possa rappresentare uno strumento alternativo. Infatti, può permettere al paziente di sentire validate le proprie sensazioni non solo in merito alle esperienze del passato, ma anche in merito alle esperienze che sta facendo all'interno del setting con il terapeuta e che inizia a trasferire anche nelle sue relazioni significative dell'oggi e quindi al suo modo di muoversi nel mondo.

Durante il corso della terapia è possibile trovarsi a lavorare con esperienze traumatiche, talvolta non sempre consapevoli e con la presenza di una doppia diagnosi. Quindi il lavoro deve essere un lavoro a 360°, dove la riduzione del danno rappresenta solo uno dei molteplici aspetti. Proprio in funzione di questa possibilità secondo Denning e Little (2011) è importante avere bene presente cosa non fare, ovvero rimuovere la presenza della sostanza prima di averne compreso la funzione, allontanare il paziente perché continua ad usare sostanze o pretendere che si racconti. Invece è necessario dare priorità alla creazione di una relazione sicura poiché, come sostiene Siegel (2010), solo la presenza di un "altro fidato" favorisce la possibilità di curare il trauma. Inoltre, in base alla presenza di processi dissociativi o di una struttura dissociativa (Cionini, 2018) sarà possibile lavorare sulle parti dissociate del sé. A partire dalle incoerenze presentate dal paziente, che possono emergere anche nell'ambivalenza provata verso l'uso di sostanze, il lavoro sulle parti può aiutare il paziente a rientrare in contatto con esse, a sperimentare il conflitto tra di esse e renderle presenti contemporaneamente alla sua vista, ognuna con la verità soggettiva della propria esperienza (Cionini & Mantovani, 2016). Esplorare il comportamento d'uso o la ricaduta, nei casi in cui l'obiettivo è l'astinenza, può permettere di "*entrare nei mondi dello Stato del sé che beve*" (Burton, 2005, p. 606) o usa altre sostanze,

---

<sup>3</sup> Nell'ottica della terapia costruttivista intersoggettiva qualsiasi cambiamento è prodotto e mantenuto dall'alternarsi dei processi opposti e complementari di *invalidazione* e *validazione*. L'invalidazione è quel processo che, in seguito ad un'esperienza invalidante le anticipazioni del sistema individuale, spinge quest'ultimo a rivedere alcune delle sue parti per potervi includere anche questa esperienza. Il sistema inizia quindi a muoversi verso un nuovo stato che può generare incertezza e un senso di precarietà. È in questa fase che il terapeuta deve avvalersi della validazione, un processo attraverso il quale questo movimento verso un nuovo equilibrio gradualmente si stabilizza in una nuova configurazione. Infatti, poter fare nella relazione terapeutica esperienze validanti rispetto a sé stesso, le proprie sensazioni del presente e del passato permette di vivere il movimento come più rassicurante, stabilizzandolo (Cionini, 2013).

ed entrare quindi a contatto con gli Stati del sé dissociati. La sofferenza che può derivare dallo sperimentare il conflitto può essere però così intollerabile da far sentire il desiderio di usare la sostanza per sopprimerlo e regolare l'intensità delle emozioni provate (Burton, 2005). Quindi, per evitare di perturbare eccessivamente il sistema, in base alla gravità della dipendenza e del trauma vissuto, questo lavoro è probabilmente affrontabile in un momento successivo della terapia.

Infine, la relazione terapeutica e lo spazio intersoggettivo che si crea nella dimensione del "Tra" e del "noi" (Buber, 2002), costituiscono la cornice all'interno della quale orientare tutti questi interventi e dove far vivere al paziente una possibile esperienza relazionale diversa.

### **Conclusioni**

In conclusione, il modello HRP può rappresentare un approccio "innovativo" per la sua capacità di aprire a nuove prospettive, non solo rispetto alla lettura della dipendenza ma anche rispetto alle modalità di lavoro su di essa. Il suo spirito di accettazione e accoglienza incondizionata verso queste persone, spesso vittime di pregiudizio anche da parte di chi si trova nella posizione di aiutarle, favorisce una reale presenza nel processo terapeutico e aumenta la possibilità che si sviluppi quel clima di fiducia necessario allo sviluppo dell'alleanza. Inoltre, grazie ai suoi principi, riesce a raggiungere anche chi solitamente non si avvicina alla terapia per paura di dover rinunciare a qualcosa che in alcuni casi è vitale, e per paura del giudizio. Infatti, il clima di negatività che ruota attorno alle sostanze porta a valutarlo spesso adottando una prospettiva morale che divide semplicemente in ciò che è giusto e ciò che è sbagliato.

Integrare questo modello nel proprio approccio psicoterapeutico potrebbe rappresentare una sfida per i terapeuti. Infatti, oltre ad acquisire conoscenze talvolta anche tecniche rispetto ad un mondo spesso sconosciuto, ovvero quello delle droghe e del loro funzionamento neurochimico, "costringe" ad interfacciarsi con i propri pregiudizi sulle sostanze e su chi le usa. Solo affrontandoli per poi superarli, accettando il fatto che le sostanze fanno parte della nostra vita e che non è attraverso la loro repressione che si risolve il problema, sarà possibile raggiungere una sua "reale" comprensione. Nella misura in cui si riesce a fare questo, sarà possibile posizionare un piccolo mattone per la costruzione di una nuova casa dalla quale sia possibile avere una visione a 360° sull'orizzonte, una visione in grado di cogliere aspetti macro e micro, in grado di rapportarsi ad essi con un approccio che definisco "intelligente", lontano dalle ideologie individuali e sociali, e soprattutto in grado di rendere giustizia alla complessità che spesso, per la difficoltà di starci a contatto, tendiamo a ridurre a mera semplificazione.

## Riferimenti bibliografici

- Bassi, H., Cianchella, M., Fiorentini, L., & Perduca, M. (2018) "La svolta di cui c'è bisogno". In G., Zuffa, S., Anastasia, F., Corleone (a cura di) *Nono libro bianco sulle droghe* (pp 53-59). I dossier di Fuoriluogo.it.
- Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención del consumo de drogas* [Scientific bases of drug consumption prevention]. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Becoña, E. (2018). Brain disease or biopsychosocial model in addiction? Remembering the Vietnam Veteran Study. *Psicothema*, 30, 270-275.
- Bigg, D. (2001). Substance use management: A harm reduction-principled approach to assisting the relief of drug-related problems. *Journal of Psychoactive Drugs*, 33, 33-38.
- Bowen, S., Chawla, N., Grow, J., & Marlatt, G. A. (2021). *Mindfulness-based relapse prevention for addictive behaviors: A clinician's guide*. Guilford.
- Bromberg, P. M. (2012). *The shadow of the tsunami: And the growth of the relational mind*. Routledge.
- Burton, N. (2005). Finding the lost girls: Multiplicity and dissociation in the treatment of addictions. *Psychoanalytic Dialogues*, 15, 587-612.
- Buber, M. (2002). *Between man and man*. Psychology Press.
- Cionini, L. (1999). La storia del paziente secondo Lorenzo Cionini. In F. Veglia (a cura di), *Storie di vita: narrazione e cura in psicoterapia cognitiva* (pp. 115-145). Bollati Boringhieri.
- Cionini, L. (2006). L'assessment. In B. Bara (a cura di), *Nuovo manuale di psicoterapia cognitiva*, vol. III (pp. 15-81). Bollati Boringhieri.
- Cionini, L. (2013). La psicoterapia cognitivo-costruttivista. In L. Cionini (a cura di), *Modelli di psicoterapia* (pp. 133-214). Carocci.
- Cionini, L., & Mantovani, I. (2016). Leggere la dissociazione dell'esperienza del trauma relazionale: la psicoterapia nell'ottica costruttivista intersoggettiva. *Costruttivismi*, 3, 40-62.
- Cionini, L. (2018). Traumi relazionali multipli e dissociazione: la logica dell'assurdo. In M. L. Manca (a cura di), *Amore e psiche: la dimensione corporea in psicoterapia* (pp. 71-81). Alpes Italia.
- Cook, C., Bridge, J., & Stimson, G. V. (2010). The diffusion of harm reduction in Europe and beyond. In T. Rhodes & D. Hedrich (Eds.), *EMCDDA Monographs* (pp. 37-58).
- Collins, S. E., & Marlatt, G. A. (2012). Seeing the writing on the wall: A lesson in harm reduction. In G. A. Marlatt, M. E., Larimer, & K. Witkiewitz, (Eds.), *Harm reduction: Pragmatic strategies for managing high-risk behaviors* (pp. xiii-xv). Guilford.
- Cunningham, J. A., Sobell, L. C., Sobell, M. B., Agrawal, S., & Toneatto, T. (1993). Barriers to treatment: Why alcohol and drug abusers delay or never seek treatment. *Addictive Behaviors*, 18, 347-353.
- Denning, P. (2000). *Practicing harm reduction psychotherapy: An alternative approach to the addictions*. Guilford.
- Denning, P. (2002). Diana: The fear of feeling and the love of wine. In A. Tatarsky (Ed.), *Harm reduction psychotherapy: A new treatment for drug and alcohol problems*. Aronson.
- Denning, P., & Little, J. (2011). *Practicing harm reduction psychotherapy: An alternative approach to addictions*. Guilford.
- Durrant, R., & Thankker, J. (2003) *Substance use and abuse. Cultural and historical perspectives*. Sage.

- Engel, G. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136.
- European Union (2000a), *European Union Drug Strategy 2000–2004*.
- Faupel, C., Horowitz, A., & Weaver, G. (2010). *The sociology of American drug use*. Oxford University Press.
- Goetz, P (2001). *Trauma and alcohol and drug use*.
- Gossop, M. (2007). *Living with drug*. Ashgate.
- Grund, J. P. (2017). Il controllo, lo possiamo esercitare? Verso una prospettiva transdisciplinare ecologica sul consumo di sostanze e sulla dipendenza. In G. Zuffa & S. Ronconi (a cura di), *Droghe e autoregolazione. Note per consumatori e operatori* (pp. 78 sgg.). Ediesse.
- Grund, J. P., Ronconi, S., & Zuffa, G. (2014). *Oltre il modello "malattia", nuove prospettive nella riduzione del danno: verso un modello di autoregolazione e autocontrollo*. Progetto NADPI, col supporto del *Drug Prevention and Information Program* dell'Unione Europea e de' La Società della Ragione.
- Guidano, V. F. (1988). *La complessità del Sé: un approccio sistemico alla psicopatologia e alla terapia cognitiva*. Bollati Boringheri.
- Hall, W., Carter, A., & Forlini, C. (2015). The brain disease model of addiction: Is it supported by the evidence and has it delivered on its promises? *The Lancet Psychiatry*, 2, pp. 105-110.
- Harding, W. M., & Zinberg, N. E. (1977). The effectiveness of the subculture in developing rituals and social sanctions for controlled use. In B. M. Du Toit (Ed.) *Drugs, rituals and altered states of consciousness* (pp. 111-133). Balkema.
- Helzer, J. E. (2010). Significance of the Robins et al Vietnam veterans study. *American Journal of Addiction*, 19, 218-221.
- Janik, P., Kosticova, M., Pecenak, J., & Turcek, M. (2017). Categorization of psychoactive substances into "hard drugs" and "soft drugs": A critical review of terminology used in current scientific literature. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 43, 636-646.
- Jhonston, L. D., O' Malley, P.M, Bachman, J.G., & Schulenberg, J. E. (2007). *Monitoring the future: National results on adolescent drug use: Overview of key findings, 2006*. MD: NIDA.
- Khantzian, E. J. (1985). The self-medication hypothesis of addictive disorders: Focus on heroin and cocaine dependence. *American Journal of Psychiatry*, 142, 1259–1264.
- Khantzian, E. J., Halliday, K. S., & McAuliffe, W. E. (1990). *Addiction and the vulnerable self: Modified dynamic group therapy for substance abusers*. Guilford.
- Leshner, A. I. (1997). Addiction is a brain disease, and it matters. *Science*, 278(5335), 45-47.
- Maturana, H. R., & Varela, F. J. (1985). *Autopoesi e cognizione: la realizzazione del vivente*. Marsilio.
- McKay, J. R., Kranzler, H. R., Kampman, K. M., Ashare, R. L., & Schnoll, R. A. (2015). Psychopharmacological treatments for substance use disorders. In P. E. Nathan, & J. M. Gorman (Eds.), *A guide to treatments that work* (4th ed.) (pp. 763-785). Oxford University Press.
- McHugh, K., Hearon, B., & Otto, M. (2011). Cognitive-behavioral therapy for substance use disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 33, 511-525.
- Marlatt, G. A., Larimer, M. E., & Witkiewitz, K. (Eds.). (2012). *Harm reduction: Pragmatic strategies for managing high-risk behaviors*. Guilford.
- Miller, W. R., & Page, A. C. (1991). Warm turkey: Other routes to abstinence. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 8, 227–232.

- Miller, W. R., & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. Guilford.
- Miller, D. (2007). *Donne che si fanno male*. Feltrinelli.
- Newcomb, M. D., & Bentler, P. M. (1986). *Consequences of adolescent drug use*. Sage.
- Nutt, D. (2007). Development of a rational scale to assess the harm of drugs of potential misuse. *Lancet*, 369(9566), 1047-1053.
- O'Brien, C., & McLellan, A. T. (1996). Myths about the treatment of addiction. *Lancet*, 347(8996), 237-240.
- Peele, S., & Brodsky, A. (1991). *The truth about recovery and addiction*. Touchstone.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47, 1102-1114.
- Ravenna, M. (1997). *Psicologia delle tossicodipendenze*. Il Mulino.
- Robins, L. N. (1993). Vietnam veterans' rapid recovery from heroin addiction: A fluke or normal expectation? *Addiction*, 88, 1041-1054.
- Rotgers, F. (1996) Empowering clients with respect to treatment goals. *Journal of Studies on Alcohol*, 147, 33-36.
- Rothschild, D. (1998). Treating the resistant substance abuser: Harm reduction (re)emerges as sound clinical practice. *In Session: Psychotherapy in Practice*, 4, 25-35.
- Sobell, M. B., & Sobell, L. C. (1995). Controlled drinking after 25 years: How important was the great debate? *Addiction*, 90, 1149-1153.
- Spear, B. (1994). The early years of the "British System" in practice. In J. Strang, & M. Gossop, (Eds.) *Heroin addiction and drug policy* (pp. 3-28). Oxford University Press.
- Skewes, M. C., & Gonzalez, V. M. (2013). The biopsychosocial model of addiction. In P. M. Miller (Ed.), *Principles of addiction. Vol. 1. Comprehensive addictive behaviors and disorders* (pp. 61-70). Academic Press.
- Springer, E. (2004). *First, reduce the harm: The stages of hope and change in harm reduction*. Numedx.
- Tatarsky, A. (1998). An integrative approach to harm reduction psychotherapy: A case of problem drinking secondary to depression. *In Session: Psychotherapy in Practice*, 4, 9-24.
- Tatarsky, A. (2002). *Harm reduction psychotherapy: A new treatment for drug and alcohol problems*. Jason Aronson.
- Tatarsky, A. (2003). Harm reduction psychotherapy: Extending the reach of traditional substance use treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 25, 249-256.
- Tatarsky, A., & Kellogg, S. (2012). Harm reduction psychotherapy. In G. A Marlatt., M. E Larimer, & K. Witkiewitz, (Eds.). (2012). *Harm reduction: Pragmatic strategies for managing high-risk behaviors*. (pp. 38-60) Guilford.
- WHO (World Health Organization). (1974). *Expert committee on drug dependence: Twentieth report*. Technical Report Series 551. WHO.
- WHO, UNODC and UNAIDS (2009). *Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users*. WHO.
- Zinberg N. (1984) *Drug, set and setting*. Yale University Press.
- Zuffa, G. (2011a). Droghe, riduzione del danno e bassa soglia. Verso il modello di salute pubblica. In S. Bertoletti, P. Meringolo, M. Stagnitta, e G. Zuffa, (a cura di). (2011). *Terre di confine. Soggetti, modelli, esperienze dei servizi a bassa soglia* (pp.55-71). Unicopoli.
- Zuffa, G. (2011b). Droga e riduzione del danno. Da pilastro sociosanitario a modello alternativo di politiche pubbliche. In Fuoriluogo (2011). *Riduzione del danno, tra vecchie derive e nuovi approdi* (pp. 96-107). Dossier di Fuoriluogo.

### L'Autrice

*Alessia Cacciamani* è psicologa e psicoterapeuta, specializzata in psicoterapia costruttivista intersoggettiva presso il Cesipc di Firenze. Svolge attività clinica come libero professionista a Firenze, occupandosi di adolescenti, adulti e coppie.

Si occupa di uso di sostanze e dipendenza dalle stesse, utilizzando un approccio sistemico e multidisciplinare acquisito grazie al conseguimento nel 2018 di un master europeo in studi su droghe e alcol (EMDAS-*European Masters in Drugs and Alcohol studies*).

Si occupa di ricerca qualitativa in questo e altri ambiti ed è co-autrice di un capitolo del libro *Who? Variation and distinction in the European drugs landscape* (Chatwin & Werse, a cura di, 2021), intitolato "You become nothing. Adolescents' social representations of drug users and the anti-drug alarmism in Italy" (Petrilli, Cacciamani & Beccaria, 2021).

Email: [alessia.cacciamani@gmail.com](mailto:alessia.cacciamani@gmail.com)

Sito web: [www.studiopsicologiconautes.it](http://www.studiopsicologiconautes.it)



### Citazione (APA)

Cacciamani, A. (2023). Psicoterapia della riduzione del danno: un approccio alternativo al trattamento della dipendenza da sostanze. *Costruttivismi*, 10, 21-41. <https://doi.org/10.23826/2023.01.021.041>

## Un'immagine vale più di mille parole: la Psicoterapia Costruttivista Intersoggettiva in dieci opere d'arte

### *An image is worth more than a thousand words: the Constructivist Intersubjective Psychotherapy in ten works of art*

**Nina Malerbi**

*Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Costruttivista, CESIPc, Firenze*

**Riassunto.** Nella terapia ad orientamento Costruttivista Intersoggettivo le immagini sono considerate un vero e proprio linguaggio che permette di avvicinare con più facilità, rispetto al codice linguistico, aspetti emotivi ed affettivi. Attraverso dieci opere d'arte, da Caravaggio a ManRay, passando per Van Gogh e Magritte, si ripercorrono alcuni dei concetti alla base dell'approccio Costruttivista Intersoggettivo.

**Parole chiave:** costruttivismo, dissociazione, immagini, arte

**Abstract.** In Intersubjective Constructivist-oriented therapy, images are considered as a language that allows one to approach emotional and affective aspects more easily than the linguistic code. Through ten works of art, from Caravaggio to ManRay, passing through Van Gogh and Magritte, some of the concepts underlying the Intersubjective Constructivist approach are retraced.

**Keywords:** constructivism, dissociation, images, art

Un'immagine vale più di mille parole. Una frase che abbiamo sentito varie volte e che intende sottolineare quanto alcune idee complesse possano essere facilmente e velocemente veicolate da un'immagine. Questa, infatti, ha la capacità di rendere il senso e l'essenza di un'idea in modo più efficace e diretto di una descrizione verbale.

Tale affermazione sembra trarre origine da un drammaturgo e regista teatrale norvegese di metà 800, Henrik Ibsen, che ha affermato "*Mille parole non lasciano la stessa profonda impressione di un singolo atto*". Successivamente, nei primi decenni del 1900, il concetto è stato ripreso in ambito pubblicitario con numerose variazioni sul tema. Per esempio, nel 1927, una

pubblicità a cura di Fred R. Barnard, manager pubblicitario statunitense, utilizza la frase *“un’immagine vale diecimila parole”*, presentata, tra l’altro, come proverbio cinese, nel tentativo di renderla più convincente. Nonostante l’apparente origine moderna di questa espressione, alcune tracce di contenuti simili si trovano anche nel passato: è Leonardo da Vinci, per esempio, a scrivere che *“un poeta sarebbe sopraffatto dal sonno e dalla fame prima di [poter] descrivere con parole ciò che un pittore è un grado di [raffigurare] in un istante”*.

All’interno della Psicoterapia Costruttivista Intersoggettiva le immagini fanno capolino in tutta la loro potenza. Cionini (2015) considera il “linguaggio delle immagini” un vero e proprio sistema comunicativo che, insieme al linguaggio delle parole e al linguaggio del corpo, viene utilizzato nel setting terapeutico.

Le immagini si considerano, infatti, materiale dotato di una forte capacità espressiva ed evocativa che può assumere significati polivalenti: possono essere costruite e ricostruite con significati diversi coesistenti. Il linguaggio delle immagini permette inoltre di avvicinare, con più facilità rispetto al linguaggio delle parole, gli aspetti affettivi ed emotivi. Utilizzare le immagini in psicoterapia può quindi aiutare il paziente a compiere quel trasformativo passaggio “dal capire al sentire”.

Pensare per immagini può richiamare non solo “visioni” ma può riferirsi anche a aspetti uditivi, olfattivi, gustativi, tattili. Possiamo, per esempio, ricostruire mentalmente non solo l’immagine visiva di un evento o di una persona, ma anche il suono di una voce, la melodia di una canzone, un certo profumo o ancora uno specifico gusto, così come la sensazione tattile di un abbraccio. Sul piano cenestesico, si può immaginare, per esempio, la sensazione di cadere nel vuoto o di camminare in equilibrio su una trave (Di Nuovo, 1999).

Nel setting terapeutico si usano in genere procedure immaginative allo scopo di aiutare il paziente a soffermarsi sulle proprie sensazioni, entrare in contatto con ciò che sente e riviverlo nel momento presente. Alle volte è il paziente a proporre immagini, altre può essere il terapeuta a invitarlo esplicitamente a mettere da parte ragionamenti e spiegazioni per lasciare emergere un’immagine. Altre ancora può essere anche il terapeuta a proporre un’immagine per aiutare il paziente a soffermarsi su un contenuto emerso nella conversazione. In tutti i casi, le immagini possono permettere a paziente e terapeuta di “aiutarsi” a condividere significati difficili da esprimere poiché appartenenti principalmente a dimensioni implicite (Cionini, 2015).

L’esperienza immaginativa in terapia non rimane tuttavia fine a se stessa, ma a essa segue sempre la necessità di esprimere ciò che si è sentito, nel tentativo di trovare le proprie parole per “dire quell’immagine”; in questo modo ciò che è emerso viene integrato dal paziente rispetto a sé, al mondo e agli altri (Cionini, 2013). Tornare a un codice linguistico permette inoltre di dare un senso condiviso profondo all’interno della relazione: è possibile che di parole ne servano ancora *mille* ma ciò che è più importante, in questo contesto, non è tanto la quantità ma la profondità di ciò che si è condiviso.

Mi propongo di descrivere alcune immagini che mi pare possano richiamare alcune caratteristiche dell’approccio Costruttivista Intersoggettivo.

## “Il tradimento delle immagini” di Magritte

“Il tradimento delle immagini” è un dipinto del 1929 di Renè Magritte, pittore belga della corrente surrealista. Quest’opera raffigura l’immagine di una pipa su uno sfondo tenue e, sotto, si legge una frase sconcertante: “Questa non è una pipa”. Il dipinto è semplice, pulito, così come la scritta sotto appare chiara e diretta. Questa semplicità visiva si scontra tuttavia con la complessità del significato dell’immagine: l’oggetto non corrisponde alla sua rappresentazione. Afferma Magritte «*Chi oserebbe pretendere che l’immagine di una pipa è una pipa? Chi potrebbe fumare la pipa del mio quadro? Nessuno. Quindi, non è una pipa*»



L’opera di Magritte è una provocazione che intende volutamente creare un senso di spaesamento e di *choc* in chi osserva, così come avviene in gran parte del suo lavoro: spesso dipinge oggetti riconoscibili, banali, quotidiani, realizzati con uno stile semplice e accademico. Tuttavia, nel momento in cui vengono riportati sulla tela tutto sembra vacillare, compare una luce del tutto nuova, un sapore inedito che rompe le aspettative. Questo consente a Magritte di compiere un gesto pienamente fenomenologico di messa tra parentesi, o *epoché*, del significato abituale delle cose. L’approccio Costruttivista Intersoggettivo condivide con la fenomenologia proprio tale posizione: fare *epoché*, ovvero sospendere il giudizio sulla realtà e considerare irrilevante la relazione tra conoscenza e realtà per fare spazio all’essenza dell’esperienza. E’ a questa che si rivolge lo sguardo del terapeuta nel tentativo di comprendere l’altro da dentro, di osservare il mondo con i suoi occhi, ponendosi in un’ottica di *comprensione* piuttosto che di spiegazione (Cionini, 2016). Si fa riferimento, inoltre, a una epistemologia *costruttivista radicale* secondo la quale ogni conoscenza è attivamente costruita dal soggetto conoscente e questa serve all’organizzazione del mondo esperienziale del soggetto, non alla scoperta di una realtà ontologicamente oggettiva (von Glasersfeld, 1995). Non esiste quindi un’unica verità, ma diverse “visioni” del mondo tante quante sono le persone. Nella stanza di terapia questo significa che il terapeuta è chiamato a mettere da parte le proprie costruzioni per fare spazio a quelle del paziente, considerato costruttore attivo della propria realtà.

Nel dipinto di Magritte viene, inoltre, messo in discussione il legame tra definizione verbale ed immagine (Paquet, 2015). Diventa un paradosso logico-linguistico che sconvolge le

aspettative teoriche e visive di chi osserva il quadro: fra le due attività di leggere e guardare si sviluppa un paradosso, poiché la parola e l'immagine non sono coerenti.

Anche in terapia viene, in alcuni casi, messa in discussione, per così dire, la relazione diretta tra l'etichetta semantica e ciò che rappresenta: affermare di provare "rabbia", per esempio, non corrisponde a sentirla sulla pelle e riviverla nel momento presente, così come disegnare una pipa non permette di fumarla.

L'intento di Magritte è proprio quello di sospendere il nostro abituale giudizio sulle cose, dipingendo oggetti che non pretendono di farsi passare per le realtà che rappresentano. Al contrario, la pittura è considerata impotente, sempre separata dal reale al quale si ispira. Allo stesso modo il terapeuta accoglie il mondo del paziente sospendendo ogni giudizio ma ponendosi, prima di tutto, in un'ottica di *comprensione*, prima che di spiegazione, del suo mondo. Davanti al quadro di Magritte potremmo ritenere di "vedere" una pipa così come pensiamo di poter vedere la realtà: al contrario ciò che facciamo davanti all'opera è costruire un'immagine sulla base delle nostre precedenti esperienze.

### **"Narciso" di Caravaggio**

Il soggetto del dipinto è Narciso, così come narrato nelle Metamorfosi di Ovidio, che viene ritratto nel momento in cui si specchia nell'acqua e cerca un contatto fisico con il suo riflesso, di cui il fanciullo si è infatuato, credendolo reale. Il dipinto ritrae proprio l'attimo che precede la scoperta del tranello: l'immagine che Narciso osserva nell'acqua è infatti solo la proiezione di sé stesso. Si può notare la cura minuziosa con cui Caravaggio ha rappresentato lo specchio: all'immagine superiore ne corrisponde una inferiore precisamente identica ma esattamente inversa.

Se proviamo, però, a mettere da parte il titolo e il soggetto della mitologia a cui il quadro si riferisce, si può semplicemente osservare un giovane ragazzo che si specchia su una superficie che riflette la sua immagine. Il suo sguardo sembra catturato, nel volto sembra comparire un'espressione di stupore e attrazione. In quest'ottica l'opera sembra dare vita a quel processo di rispecchiamento che risulta fondamentale per la creazione di un senso del Sé.

Fin dai primi momenti di vita il bambino sperimenta esperienze di sintonizzazione affettiva con le figure che si prendono cura di lui: è attraverso questi scambi che il bambino getta le basi della propria identità e di un senso del sé coeso. Il riconoscimento è infatti quel processo che permette al bambino di sentirsi, appunto, riconosciuto nella sua specificità e soggettività così che le sue esperienze emotive ed affettive possano essere costruite



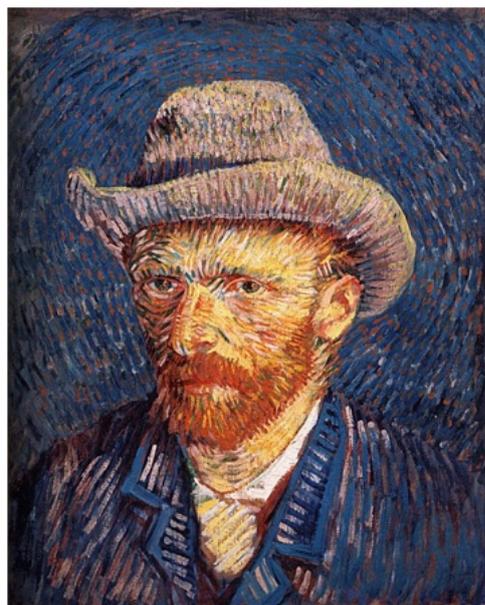
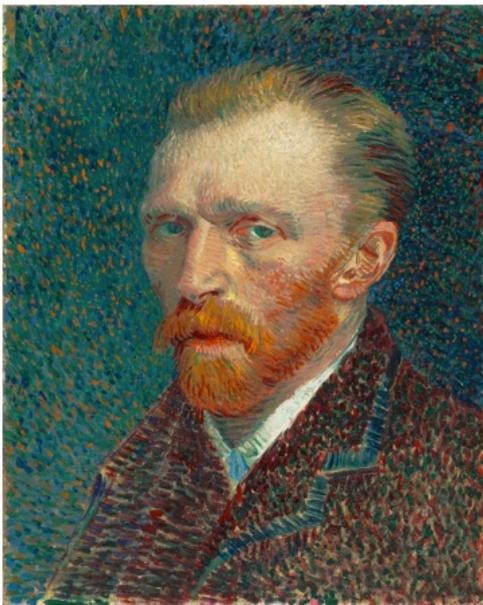
all'interno di una sensazione di unitarietà e coerenza del Sé che permetteranno, in futuro, di costruirsi un'identità più o meno integrata: *“Per crescere, il bambino ha bisogno che le figure di attaccamento gli dedichino specificatamente uno spazio nella loro mente e gli si rivolgano con l'intento di comprenderlo nella sua diversità”* (Albasi, 2008 citato in Cionini, 2016).

Sentire di esistere nella mente dell'altro è come guardarsi nell'acqua e vedere riflessa la propria immagine. Osservarsi, vedere se stessi e le proprie sensazioni sulla superficie riflettente dell'altro, all'interno di una relazione affettiva significativa, permette di sentirsi confermato nella propria esistenza. Al contrario, la mancata conferma degli stati emotivi del bambino può fargli sentire parti di sé come non accettabili nel momento in cui non sono accolte e rappresentate nella mente dell'altro, portandolo a disconoscere i propri stati affettivi, a diffidarne e non rappresentarli nella realtà della propria esperienza.

### **Autoritratti di van Gogh**

Nell'arco di circa 3 anni, tra il 1886 e il 1889, van Gogh eseguì numerosi autoritratti, se ne contano addirittura trentasette.

Afferma van Gogh: *“Preferisco dipingere gli occhi degli uomini che le cattedrali, perché negli occhi degli uomini c'è qualcosa che non c'è nelle cattedrali”*.



I quattro dipinti che ho scelto (in ordine: Autoritratto con cappello di feltro grigio - inverno 1887/88, Autoritratto - primavera 1887, Autoritratto con orecchio bendato - gennaio 1889, Autoritratto senza barba - fine settembre 1889) appartengono a periodi diversi e mi pare condividano la potenza nel mostrare le inquietudini che tormentavano il pittore.

I dipinti variano in intensità, nelle tonalità di colori utilizzati e nei vari tratti fisici, per esempio alcuni ritraggono l'artista con la barba e altri senza. Particolari sono gli autoritratti

che lo rappresentano bendato, come per esempio quello di fine settembre 1889, dipinto dopo l'episodio che lo ha visto recidersi un orecchio. Dietro a questi cambiamenti esteriori van Gogh sembra portare sulla tela lati diversi di sé e della propria personalità (Walther e Metzger, 2015).

Anche in terapia si dipingono con le pennellate della mente autoritratti immaginari: nel momento in cui il paziente impara a osservarsi in terza persona per cogliere aspetti di Sé sconosciuti o non chiari fino a quel momento. Il processo di conoscersi avviene infatti a partire dall'osservazione, in terza persona, di noi stessi, degli eventi e delle esperienze che abbiamo vissuto, consentendoci di renderci consapevoli di ciò che *sappiamo senza sapere di sapere* (Cionini, 2015).

L'autoritratto sembra spingere van Gogh a confrontarsi con la propria identità e fronteggiare quel mondo interiore lacerante e complicato della sofferenza. Gli autoritratti più intensi



sono infatti quelli dipinti al manicomio di Saint-Rémy, durante il suo periodo di reclusione. In questi dipinti van Gogh pone al centro del quadro il suo sguardo intento a cercare quello dell'osservatore, sono gli occhi che rispecchiano l'anima di un uomo al quale è stata apposta l'etichetta di "folle".

Al fratello Théo scrisse: *"Si dice, ed io ne sono fermamente convinto, che sia molto difficile conoscere se stessi. Tuttavia, non è di certo più semplice fare il proprio ritratto"*.

Nell'ambito del lavoro sulla *dissociazione* possiamo immaginare gli stati del Sé come autoritratti che non possono convivere contemporaneamente. I processi dissociativi permettono infatti di limitare la capacità di riflettere su di sé e sulle esperienze traumatiche vissute dalla persona, svolgono quindi una funzione protettiva da un dolore non sostenibile, permettendo di mantenere un senso di continuità, preservando l'identità della persona. Il trauma evolutivo e la dissociazione sono sempre presenti nella storia di sviluppo di qualsiasi persona e differiscono, fra una storia individuale e l'altra, soltanto in termini di misura (Cionini e Mantovani, 2016). Mentre i processi dissociativi sono presenti in ogni persona, si parla di struttura dissociativa in presenza di esperienze traumatiche precoci violente e/o ripetute. La capacità di *"sentirsi come un sé essendo nel contempo molti"* (Bromberg, 1998) può quindi trasformarsi in una struttura rigidamente dissociativa. Gli stati del sé possono quindi restare confinati in strutture

separate, come se l'identità personale abitasse esclusivamente l'autoritratto presente alla coscienza in uno specifico momento. In questo modo sensazioni ed esperienze di un certo momento della nostra vita possono restare isolate all'interno di uno specifico ritratto di sé.

### **“Rayografie” di Man Ray**

Man Ray, pittore, fotografo, regista e grafico statunitense esponente del Dadaismo, rivolge il suo interesse alla capacità della luce di distorcere e accentuare le forme.

Il culmine della sua ricerca artistica è stata infatti l'invenzione di uno stile personale chiamato “Rayografia”, termine costruito sul suo cognome; questo stile deriva da una delle tipiche sperimentazioni di questo artista che aveva scoperto, intorno al 1921 che la luce riusciva a lasciare una forma distorta di tutto ciò che toccava la pellicola ancora impressionabile.

Dal suo lavoro emergono immagini spettrali, con contrasti accecanti e forme distorte che sembrano rappresentare visivamente alcuni degli aspetti alla base della teoria della dissociazione.

Scrive Bromberg: *“rapportandosi al bambino come se fosse “questo e quell'altro” e ignorando altri aspetti di lui come se non esistessero, i genitori “disconfermano” l'esistenza relazionale di quegli aspetti del Sé del bambino che dissociano percettivamente* (Bromberg, 2011). Si costruiscono in questo modo stati dissociati del sé multipli e non integrabili. Nella prima fotografia la luce non solo illumina e rende visibile ma, ancora di più, permette di esistere a una parte del volto della donna.



Possiamo dire che la luce *conferma* l'esistenza di quella parte di volto (Cionini e Mantovani, 2016). Allo stesso tempo la luce assente, nell'altro lato, sembra nascondere una parte non riconoscibile, che rimane oscura, non visibile. Questa oscurità viene *disconfermata* e, quindi, dissociata.

La seconda immagine, forse, rende ancora più valore alla complessità: oltre al volto "principale" si scorgono altri volti ai lati della donna.

Il volto in primo piano rappresenta lo stato del sé attivo in un determinato momento, mentre i volti offuscati e non visibili rappresentano gli stati *non-me*, ombre a tratti inquietanti di cui si può vedere un alone distorto ma che non possono emergere alla consapevolezza.

La dissociazione comporta infatti l'impossibilità di accedere ad alcuni stati del sé, svuotando il contenuto emozionale di certe esperienze traumatiche o rendendo impossibile la possibilità di riattivarle consapevolmente (Cionini e Mantovani, 2016).

Lo sguardo della Psicoterapia si rivolge proprio a quei volti che non vengono inquadrati dalla foto, a quelle ombre che sembrano non esistere. È verso queste facce che nel processo terapeutico si tenta di rivolgere la luce allo scopo di riconoscerne l'esistenza per legittimarli e rappresentarli come parti di sé.

### **“La riproduzione vietata” di Magritte**

È un dipinto del 1937 di Magritte che ritrae un uomo elegante di spalle mentre si specchia. La logica di Magritte, tuttavia, non obbedisce alle regole comuni: lo specchio non riflette il volto dell'uomo, come ci saremmo aspettati, ma il corpo posteriormente.

L'immagine riflessa è la copia esatta dell'uomo in prospettiva, solo un po' più piccola. Nello specchio si riflette invece, correttamente, il libro poggiato di lato all'uomo: si tratta di una copia del romanzo "Les aventures d'Arthur Gordon Pym" dello scrittore Edgar Allan Poe, di cui Magritte era appassionato.

L'immagine sembra portare sulla tela quel "doppio" che appartiene al terapeuta. L'uomo che appare di nuca dentro lo specchio (quello che ci aspetteremmo di vedere in viso) è la parte del terapeuta che "sta davanti" ovvero che si relaziona con il paziente, che si sintonizza emotivamente con lui, permettendo alle proprie sensazioni di vibrare nel

qui ed ora. Le sensazioni del terapeuta sono considerate una componente essenziale dell'intervento terapeutico rappresentando la base del processo di comprensione dell'altro. Forniscono, inoltre, la direzione nella scelta delle sue "mosse relazionali" finalizzate a un avanzamento del processo di regolazione reciproca della relazione, alla creazione di momenti affettivi intensi e di altri momenti di incontro nonché alla riparazione delle rotture che possono



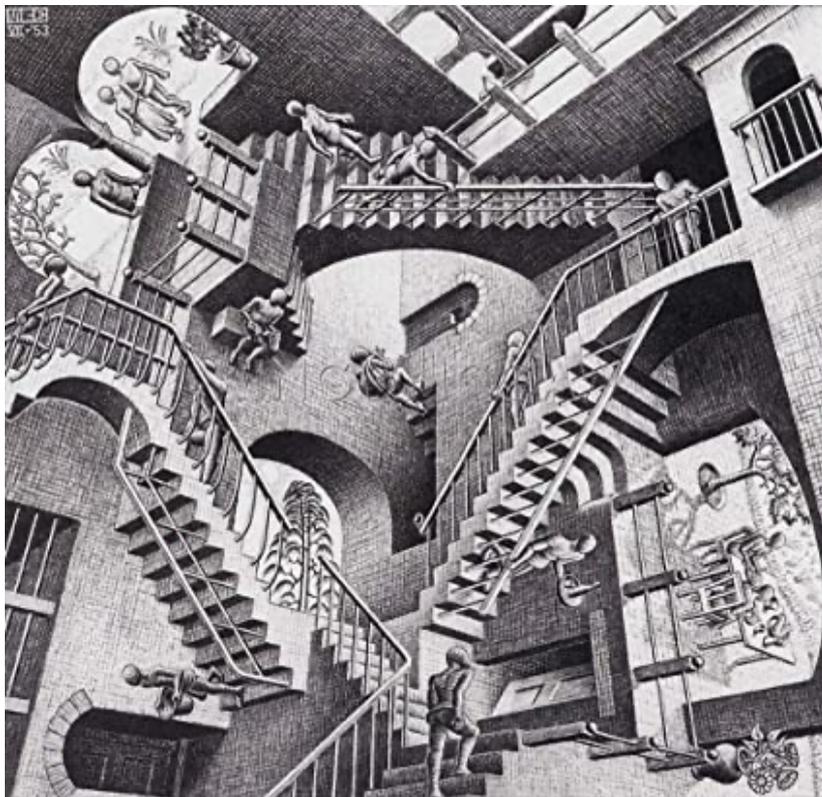
verificarsi nell'interazione (Cionini, 2014). Se avessimo la possibilità di aggiungere un corpo nel dipinto, quello del paziente si verrebbe a trovare, idealmente, davanti a questa figura in modo che i due si trovino *vis-à-vis*.

Nella parte che si specchia, ovvero quella in primo piano mentre osserviamo il dipinto, c'è il terapeuta "dietro". Si tratta di quella parte che, durante la seduta, si preoccupa di formulare e verificare ipotesi professionali, che si pone degli obiettivi nel condurre la conversazione e, più in generale, il processo terapeutico.

In alcune occasioni, davanti all'emergere di una parte dissociata, è il terapeuta "davanti" che sceglie di *dissociarsi con il paziente*. Ovvero, tenta di lasciare andare l'ancora del terapeuta "dietro", permettendosi di seguire la corrente del momento, stando nella confusione destabilizzante che emerge. Cionini e Mantovani (2016) definiscono *lavorare nel vuoto* la capacità di sospendere, momentaneamente, qualunque ricerca di spiegazioni, mettendo da parte l'idea di dover aiutare l'altro, alleviare il suo dolore o di doverlo rassicurare. Al contrario, il terapeuta tenta di entrare in contatto con le sensazioni che il paziente vive in quel momento, restituendo con il corpo e con le parole ciò che sente. Questo processo aiuta il paziente a mettere da parte quelle spiegazioni che tipicamente vengono utilizzate e accettare di esplorare un territorio svuotato dalle precedenti convinzioni.

### **“Relatività” di Escher**

Relatività è una litografia dell'artista olandese Maurits Cornelis Escher, stampata per la prima volta nel dicembre 1953. In questa immagine compaiono vari personaggi, senza volto



e senza identità, dediti ad attività quotidiane: una coppia passeggia a braccetto, qualcuno sale o scende le scale, un cameriere con un vassoio in mano, una persona seduta su una panchina, qualcun altro affacciato al balcone.

Questi personaggi sono raffigurati in un mondo in cui non si applicano le normali leggi di gravità. La struttura architettonica sembra creare un mondo assurdo diviso da rampe di scale che ribaltano la normale percezione dello spazio, rendendo le pareti soffitti e i soffitti pavimenti.

Anche in seduta può fare capolino un mondo assurdo che confonde: repentini passaggi di prospettiva, improvvisi cambiamenti nell'attivazione emotiva, l'emergere di incongruenze del racconto. L'assurdo si riferisce a una prospettiva esterna esattamente come ci sentiamo davanti al quadro di Escher: il racconto appare assurdo a chi ascolta nel momento in cui non può cogliere il *sensu dell'incongruenza* (Cionini, Mantovani 2016).

Allo stesso modo il mondo di Relatività appare incongruente nel momento in cui siamo spettatori esterni dello stesso, ma se adottassimo la prospettiva di uno qualunque dei personaggi sapremo perfettamente quale è il pavimento e quale il soffitto. L'assurdità, infatti, corrisponde sempre a una *logica interna* che segnala la presenza di contenuti appartenenti a parti del sé dissociate (Cionini, 2016).

Cionini e Mantovani (2016) propongono di immaginare ciò che sta esprimendo il paziente come il tracciato di un poligrafo. Aspetti strani o apparentemente assurdi che emergono nelle parole o nel corpo del paziente possono essere considerate come un picco del tracciato e indicare l'emergere di uno stato dissociato del Sé sentito come *non-me* sul quale diviene importante soffermarsi.

Davanti all'incoerenza è importante non andare alla ricerca del contenuto "corretto": sarebbe come scegliere quale delle esperienze dei vari personaggi del quadro sia quella "giusta" da assecondare, e quindi chi tra loro ha maggior diritto di esistere.

Ogni personaggio, come ogni parte del sé, possiede uno *status di verità esperienziale* sentito come vero in termini di esperienza soggettiva (Cionini, 2016).

## Conclusioni

Questo viaggio nelle opere d'arte ci ha portato ad esplorare alcuni dei temi fondamentali dell'approccio Costruttivista Intersoggettivo. Molti dipinti avevano un legame più diretto ed esplicito con argomenti propri della psicoterapia, mentre in altri casi i presupposti teorici-epistemologici di riferimento hanno permesso di dare vita a collegamenti, cogliere sfumature e ricostruire le immagini in modo nuovo e diverso rispetto alle intenzioni originali dell'artista.

Nella pipa di Magritte "Il tradimento delle immagini" abbiamo incontrato il tema del fare *epoché*, la sospensione del giudizio di derivazione fenomenologica, all'interno della cornice dell'*epistemologia costruttivista radicale* che apre alla comprensione della realtà soggettiva dell'altro quale costruttore attivo della propria realtà. La centralità dei processi di *sintonizzazione affettiva e rispecchiamento* da parte delle figure di attaccamento come precoci esperienze relazionali fondamentali per la creazione di un senso del sé unitario e coerente è emersa nella rilettura del "Narciso" di Caravaggio.

Abbiamo reinterpretato gli autoritratti di van Gogh facendo riferimento alla *molteplicità degli stati del sé*, introducendo il fenomeno della *dissociazione della coscienza* che, in varia misura, comporta la presenza di *stati del sé* confinati in strutture più o meno rigidamente separate. In Man Ray abbiamo visto l'esistenza di stati del sé *disconfermati* e, quindi, dissociati,

a cui si rivolge lo sguardo della Psicoterapia Costruttivista Intersoggettiva allo scopo di riconoscerli e rappresentarli come parti di sé.

Per quanto riguarda il *lavoro sulla dissociazione* nel quadro “La riproduzione vietata” di Magritte abbiamo evidenziato l’importanza della capacità del terapeuta costruttivista intersoggettivo di *stare nel vuoto*, dissociandosi con il paziente, sospendendo la ricerca di spiegazioni e mettendo da parte il desiderio di aiutare l’altro. In “Relatività” di Esher abbiamo rappresentato gli stati del sé come mondi coesistenti ma separati, sottolineando l’attenzione che pone il terapeuta nel cogliere la *logica interna* di contenuti solo apparentemente *assurdi* e che rispondono alla verità esperienziale dello stato del sé attivo in un determinato momento.

In conclusione, possiamo considerare l’arte, in quanto forma di linguaggio non verbale, un territorio che permette di esprimere o assumere un punto di vista sul mondo, suscitando riflessioni e sensazioni intense. Mentre il linguaggio verbale ha la caratteristica di essere costruito, riflessivo, digitale, concettuale, il linguaggio delle immagini è immediato, sintetico, analogico, legato all’emotività e al non detto, trascina tutto ciò che attiene all’implicito. Attraverso l’espressione artistica si accede a una dimensione pre-verbale dell’esperienza, dando forma a idee, sensazioni, pensieri, in modo che siano osservabili e, quindi, condivisibili. E questo vale tanto per i concetti che abbiamo ripercorso nel presente articolo quanto nel setting della psicoterapia dove le immagini permettono di accedere a vissuti che il linguaggio delle parole non sempre è in grado di cogliere.

## Riferimenti bibliografici

- Bromberg, P. M. (1998). *Standing in the spaces: Essays on clinical process, trauma, and dissociation*. The Analytic Press. (trad. it. *Clinica del trauma e della dissociazione: standing in the space*. Raffaello Cortina, 2007)
- Bromberg, P. M. (2011). *The shadow of the tsunamis: And the growth of the relational mind*. Routledge. (trad. it. *L'ombra dello tsunami; la crescita della mente relazionale*. Raffaello Cortina, 2012)
- Cionini, L. (2013). La psicoterapia cognitivo-costruttivista. In L. Cionini (a cura di), *Modelli di psicoterapia*. Carocci.
- Cionini, L. (2014). La persona del terapeuta come strumento del cambiamento: implicazioni per il processo formativo. *Costruttivismi*, 1, 29-33. <https://doi.org/10.23826/2014.01.029.033>.
- Cionini, L. (2015). Il linguaggio delle parole, il linguaggio del corpo e il linguaggio delle immagini nel processo di cambiamento. *Costruttivismi*, 2, 169-180. <https://doi.org/10.23826/2015.02.169.180>
- Cionini, L. (2016). *Traumi relazionali precoci multipli e dissociazione: la logica dell'assurdo*, Relazione presentata al VII Congresso della Federazione Italiana delle Associazioni di Psicoterapia (FIAP) su "Amore e Psiche: la dimensione corporea in psicoterapia", Ischia 6-9 ottobre.
- Cionini, L., e Mantovani, I. (2016). Leggere la dissociazione dell'esperienza del trauma relazionale: la psicoterapia nell'ottica costruttivista intersoggettiva. *Costruttivismi*, 3, 40-62. <https://doi.org/10.23826/2016.01.040.062>
- Di Nuovo, S. (1999). *Mente e immaginazione. La progettualità creativa in educazione e terapia*. Franco Angeli.
- Paquet, M. (2015). *Magritte*. Taschen (Collana Basic Art).
- Taddio, L. (2011). Fare cose con i fenomeni. Immagini e percezione: Magritte e la natura delle rappresentazioni pittoriche. *Rivista di estetica*, 48, 175-201.
- Walther, I. F., e Metzger, R. (2015). *Van Gogh. Tutti i dipinti*. Taschen (Collana Basic Art).

## L'Autrice

Nina Malerbi è psicologa clinica e libera professionista, specializzata in psicoterapia Costruttivista Intersoggettiva presso la scuola CESIPc di Firenze.

Email: [malerbi.nina@gmail.com](mailto:malerbi.nina@gmail.com)

Sito web: [www.aiutopsicologicofirenze.com](http://www.aiutopsicologicofirenze.com)



## Citazione (APA)

Malerbi, N. (2023). Un'immagine vale più di mille parole: la Psicoterapia Costruttivista Intersoggettiva in dieci opere d'arte. *Costruttivismi*, 10, 42-53. <https://doi.org/10.23826/2023.01.042.053>

## La paura della serenità: il caso di Anna

### *The fear of serenity: The case of Anna*

Lorenzo Cionini e Isabella Mantovani

*Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Costruttivista, CESIPc, Firenze*

**Riassunto.** Dopo aver formulato alcune ipotesi su come possano configurarsi la domanda esplicita e quella implicita che Anna pone alla terapeuta nella prima seduta di terapia, gli autori, attraverso un'analisi puntuale del trascritto della seduta, propongono un inquadramento professionale del suo disagio che, coerentemente con un'ottica costruttivista intersoggettiva, prescinde dall'utilizzo di categorie nosografiche, nel tentativo di comprendere il senso e la "funzione" della sintomatologia presentata. L'apparente incoerenza che l'immagine spaventosa e terrificante compaia proprio nei momenti di maggior serenità sembra funzionale a impedirle di stare con sensazioni piacevoli e sperimentare una vicinanza affettiva rispetto alla quale anticipa tradimento e delusione. Viene quindi presentata una traccia ipotetica di conduzione del processo terapeutico secondo l'approccio costruttivista intersoggettivo.

**Parole chiave:** psicoterapia costruttivista intersoggettiva, dissociazione, funzione del sintomo, analisi della domanda

**Abstract:** After having formulated some hypotheses on how the explicit and implicit demands could be configured: those posed by Anna to the therapist, the authors, through a punctual analysis of the transcript of the session, propose a professional construction of her disorder which is consistent with an intersubjective constructivist perspective, leaving aside any diagnostic categories, aims at comprehending the meaning and the "function" of her symptoms. The apparent incoherence that the frightening and terrifying image appears precisely in moments of great serenity seems functional to prevent her from being with pleasant sensations and experience affective closeness, towards which she anticipates betrayal and disappointment. A hypothetical trace of the conduct of the therapeutic process is then presented.

**Keywords:** intersubjective constructivist psychotherapy, dissociation, function of the symptom, demand analysis

*La "Commissione Riviste" della Federazione Italiana delle Associazioni di Psicoterapia (FIAP) ha promosso un confronto su un caso clinico da parte dei rappresentanti delle 12 riviste associate alla commissione stessa, chiedendo agli autori di commentare, dal punto di vista del proprio modello psicoterapeutico, un caso per come emerge dalla trascrizione della prima seduta. È stato scelto il caso di una adolescente di 13 anni che, avendo richiesto di iniziare una terapia in periodo di lockdown ha iniziato le sedute in modalità on-line con una psicologa psicoterapeuta. La ragazza è stata chiamata Anna dalla sua terapeuta che ha voluto restare anonima allo scopo di proteggere la privacy della sua paziente.*

*L'intero progetto è stato pubblicato in lingua inglese dall'International Journal of Psychotherapy (organo della EAP) con il titolo "A Special Issue: First Online Session with an Adolescent Girl From 12 Different Perspectives" (2021, 25, 2: 9-91) a cura di Spagnuolo Lobb M., Migone P., Manca M.L., Eds.*

### **Trascritto della prima seduta on-line con Anna**

Terapeuta (T): Buonasera, come stai?

Paziente (P): Eh boh, si tira avanti... nella quarantena... [il riferimento è alla quarantena per il Covid-19]

T: Alle nostre personali paturnie si aggiunge anche questa!

P: Ci mancava anche questa!

T: Io ho parlato un po' con la mamma, te l'ha detto?

P: Mmh [annuisce con la testa]

T: ...che mi ha accennato a un po' di cose, io le ho chiesto se eri tu o loro ad aver pensato alla terapia e mi ha detto che anche tu avevi voglia...

P: Sì, in realtà questo desiderio di confrontarmi con una persona più specializzata m'è venuto dopo aver visto un film che si chiama *Troppa grazia*, che parla di questa signora che parla con la Madonna che le dà delle istruzioni, allora ho detto proviamo...

T: E la signora nel film cosa chiede?

P: Nel film la signora è geometra e deve lavorare progettando qualcosa su un campo, ma la Madonna le dice che non deve costruirci niente, che deve farci una chiesa... allora mi è venuta questa illuminazione...

T: [ridendo] Mi stai dicendo che vorresti che io ti dessi una illuminazione!

P: [ride] Eh, magari... No, in realtà ho sbagliato a dirlo a mamma e papà, all'inizio lo sapevano solo le mie migliori amiche, poi... l'ho detto anche ai miei, quando sono tornata dalla settimana bianca l'ho detto a papà... La prima volta che l'ho visto stavo andando a scuola, erano le 7.45 ed era mercoledì 11 dicembre 2019, l'ho visto che era impiccato dall'Ospedale Vecchio... eh niente, così, ormai sarà tre mesetti che lo vedo... non capita spesso, di solito quando sono particolarmente serena... Però questa cosa mi mette ansia perché magari quando sono con i miei amici ho paura di godermi il momento perché poi arriva questa cosa qui...

T: Senti, ma questa figura... cioè questa persona, no? Perché è una persona...

**P:** Sì però non mi piace pensarla come persona, perché ho paura di potermi convincere che sia davvero reale e visto che non lo è ... non voglio.

**T:** Mmh... come la possiamo chiamare, questa visione?

**P:** Mah, non lo so.

**T:** Perché mi sembra importante dare... cioè anche io credo che sia una fantasia, che la tua mente produce al di là della tua volontà, però quello che la nostra mente produce ci racconta qualcosa che non troviamo modo di dire in altri modi... magari con le parole... Allora forse sarebbe importante capire di cosa parla quella figura, quell'uomo lì. Tu lo vedi sempre in situazioni un po' negative, giusto? Raccontami un po' come è, quando lo vedi... La prima volta?

**P:** Io non ricordo bene, perché diciamo che non è proprio una cosa molto piacevole... Ecco, quindi non ricordo il momento in cui appare, però ricordo per filo e per segno un dettaglio che conosco molto bene, il modo in cui è morto, però per me è strano perché è una persona totalmente nera, sembra... boh... però la cosa che si vede è il dettaglio della morte, sembra un fumetto quando lo vedo, un fumetto molto realistico, ecco, l'unica cosa che so è che ha gli occhi azzurri. Una volta ero in giro con i miei amici, con un mio amico in realtà, c'era una finestra rotta, ha preso un pezzo di vetro e se lo è conficcato negli occhi e ho visto che erano azzurri, nient'altro... Era la decima volta che lo vedevo morire. Poi due giorni fa ero a letto che parlavo con il mio migliore amico, la "cosa" mi ha parlato e ha detto "male, tanto male", io ho un rapporto molto bello con il mio migliore amico perché gli voglio un mondo di bene, e questa cosa che lui avesse detto "male molto male" mentre parlavo con lui mi ha fatto pensare molto [*comincia a piangere, non guarda mai la telecamera*]. Perché questa "cosa" mi vuole spingere a fare cose pericolose contro la mia volontà, ho difficoltà a studiare, sono poco concentrata, e poi mia sorella che ha iniziato a fumare e poi ha smesso e io so dove è la sua sigaretta elettronica e una voce dice "prendila, prendila", ma il problema è che se sono cose così, va bene, ma un giorno era in piedi su uno ponte ed era come se mi tendesse la mano per dire vieni con me, ed è stato molto difficile in quel momento perché ho paura un giorno di non riuscire più a resistere, finché sono cose stupide, OK, ma ho paura di poter fare cose gravi per un problema che in realtà non esiste... [*piange*]

**T:** Perché dici che in realtà non esiste il problema?

**P:** Perché non esiste...

**T:** Non esiste forse quella figura ma esiste qualche cosa dentro di te che non sta bene...

**P:** [*piange*]

**T:** Anna...

**P:** Mi scusi ma è difficile guardarla perché... è molto difficile...

**T:** È anche molto difficile non essere nella stessa stanza per me adesso... [*lungo silenzio*]

**P:** Mmh... [*lungo silenzio*]

**T:** Posso chiederti una piccola cosa rispetto alla telefonata ieri con il tuo migliore amico?

**P:** Sì!!

**T:** Lui ti ha detto "male, molto male", ma riferito a cosa?

**P:** Perché io ho paura che questa "cosa" voglia che io me la prenda con le persone cui tengo ed è come se mi stesse dicendo "fagli del male"... è difficile, anche perché io sono una persona che proprio non riesce a resistere all'idea che le persone soffrano proprio in modo pesante...

**T:** In che senso Anna, spiegami meglio, se vedi che qualcuno soffre cosa ti succede?

**P:** Io sto davvero molto molto male, anche se non c'entro niente mi sento in colpa, mi viene il magone [*piange*], ed è stato sempre così sin da piccolina perché io sono sempre stata una bimba molto manesca, e quando facevo magari anche male a un bambino o una amica per sbaglio poi dopo anche se non si faceva tanto male mi sentivo come se fosse la peggior colpa del mondo

tirare per sbaglio i capelli a una bambina che ci stavo male, avevo i rimorsi per tanto tempo ed è così anche adesso...

**T:** Ma anche se qualcuno si fa male e tu non c'entri niente?

**P:** Esatto [*piange molto*]

**T:** [*affettuosa*] Ehi, ciao! [*prova a entrare in contatto dallo schermo...*]. E quindi ieri con il tuo amico hai avuto paura....

**P:** Sì, molta paura per lui...

**T:** come si chiama questo tuo amico?

**P:** Antonio.

**T:** Ed è un tuo compagno di classe?

**P:** No, ha un anno in più, è mio compagno di scuola.

**T:** E da quanto siete tanto amici?

**P:** Mah, abbastanza, un annetto.... Più o meno, sì...

**T:** Senti, ma siete solo amici?

**P:** Io un po' di tempo fa gli piacevo... comunque penso che adesso avere una relazione sia inutile... [*non si capisce quello che dice per la connessione*] io lo avevo già rifiutato all'inizio, e comunque ho paura di rovinare il rapporto con lui... perché... [*cambia tono, prende un piglio*] le coppie fanno schifo, se guardi oggettivamente fa schifo stare in coppia, perché, litighi, *bleah*, tutte quelle smancerie non mi piacciono, poi da quando succedono queste cose mi astraggo dalle persone perché ho paura di far loro male, sto diventando asociale, lo sanno solo le mie amiche e la mamma e papà a cui non avrei dovuto dirlo.

**T:** Perché dici così Anna sulla mamma e il papà?

**P:** Perché no, perché non so, o non se lo meritavano loro o non me lo meritavo io... perché papà... prima avevo un bel rapporto col papà, gli dicevo tutto, la prima volta gliel'ho detto, appena tornata a casa, solo a lui, poi dopo due settimane prima della quarantena sono tornata sul discorso e lui si era dimenticato e questo mi ha fatto molto male, una cosa che per me è grave...

**T:** Perché ti fa pensare che lui non ti abbia avuta in mente?

**P:** [*piange*] Non lo so ma me lo ha fatto odiare... Poi va bè della mamma non ne parliamo, io non parlo con lei, non abbiamo un bellissimo rapporto perché ho molta paura, non so paura o cosa, diciamo... mi dà fastidio od ho molta paura del suo giudizio, perché è molto severa, allora ci parlo pochissimo, quasi mai seriamente, però le ho detto che è una cosa riservata, non dirlo, invece lo ha detto in giro e mi ha fatto molto arrabbiare, decido io quando e a chi dire un mio problema, l'ha detto anche alla mamma di un mio compagno di Udine...

**T:** Mi spieghi meglio?

**P:** A giugno siamo andati a Udine a vivere con il nonno perché era morta la nonna per fargli compagnia, la mamma era lì già da aprile, a settembre sono andata a scuola ed è stato il tempo più difficile della mia vita, molti bulletti che se la prendevano con me per il mio aspetto fisico e altro, voci dei compagni che mi mettevano in imbarazzo anche se di solito me ne frego abbastanza, qui nella mia città avevo i miei amici che mi sostenevano, lì ero da sola, insicura, poi per caso mia madre ha perso il lavoro, io stavo tanto male, mio fratello e mia sorella si erano ambientati bene però siamo tornati anche perché il papà non era mai venuto, lui aveva il lavoro qui in questa città, gli amici qui, ero tanto felice di tornare ma allo stesso tempo non volevo andare perché mio nonno restava solo, con la nonna avevano un così bel rapporto, il nonno non era più lo stesso, volevo restare lì con lui....

**T:** Sei molto legata al nonno...

**P:** Io sì [*piange*] perché è fantastico, la persona più bella che ho conosciuto, intelligente, simpatico e non conosce i rimpianti, non porta mai rancore, nella sua vita ne ha passate tante, è stato tre giorni in prigione, ma con le persone che lo hanno tradito non ha mai portato rancore, e questo lo ha trasmesso anche a me, se qualcuno mi fa male e mi chiede scusa, o se anche non lo fa, sono pronta a fare il primo passo, sono molto aperta al perdono... Anche con i miei però penso che se avessi una figlia con dei problemi così non me lo sarei dimenticata, poi magari avrà avuto i suoi motivi, per il lavoro o non so.

**T:** Mmh... Anna quando a dicembre quell'uomo è apparso per la prima volta, come stavi? Ricordi qualcosa di particolare?

**P:** No, stavo bene, tornata nella mia città da pochi mesi, io a Udine ho avuto un cambio, ho visto così tanto odio e cattiveria che ero diventata un po' così, a scuola avevo problemi con gli amici, ero presuntuosa, insopportabile, mi ero fatta odiare da tutti, perché a Udine nessuno mi sopportava e qui non mi sono fatta sopportare, poi a scuola sono andata allo sportello e abbiamo parlato con la psicologa di questo, e sono riuscita a cambiare in meglio certi difetti...

**T:** Ma secondo te erano dei difetti che si erano manifestati per la prima volta a Udine?

**P:** No, io sono andata a Udine molto molto molto di buon umore.

**T:** Ci volevi andare, quindi.

**P:** No, volerci andare è un'altra cosa... Qui avevo i miei amici...

**T:** [*interrompendo*] Anche il papà era qui, è una cosa grossa andare via dalla scuola, dal papà, dagli amici, dalla tua città alla fine della prima media...

**P:** Lo so [*piange*] ma quello che mi faceva dire "dai facciamolo" è che ci fosse il nonno da solo e questo mi spingeva a fare qualsiasi cosa, ma l'ho presa troppo sottogamba pensando di trovare persone belle come qui ma non è stato così... Io mi sono comportata come sempre, forse ero già odiosa prima, forse a Udine erano tutti odiosi che sembravo la meno odiosa di tutti, non so, ma io sono tornata qui, tempo due settimane mi odiava mezza scuola e tutta la mia classe e avevo capito che ero io, non loro...

**T:** Ma fammi un esempio di quello che facevi di così orribile.

**P:** Io ho ereditato da papà un senso dell'umorismo che può diventare sarcasmo... poi ero gelosa, possessiva, e questo ha rovinato i bellissimi rapporti che avevo e poi dopo per fortuna almeno in parte ho risolto.

**T:** Quindi anche parlare con la psicologa ti ha aiutato.

**P:** Sì, io poi scrivo anche molto, mi piace, a Udine non mi sfogavo con nessuno tranne che col nonno, scrivere era un modo per sfogarmi.

**T:** Scrivi un diario?

**P:** No, scrivo testi perché preferisco spezzettare i miei problemi su pagine volanti che magari si perdono...

**T:** [*scherzosa*] Anche a me piace scrivere, e leggere, e leggere quello che gli altri scrivono!!

**P:** No a me leggere non piace, mi hanno sempre forzata a leggere, a differenza di mia sorella che leggeva molto....

**T:** Mmh... Senti Anna, mi dicevi che la prima volta che hai visto quella figura non stavi così male...

**P:** No perché ero riuscita a sistemare prima di Natale i rapporti che avevo rovinato....

**T:** ...sai che fatica a credere che ti sei fatta odiare così tanto?

**P:** Eh te lo assicuro, sai proprio quelle con cui nessuno ha voglia di parlare...

**T:** Mi sembra impossibile! Forse eri arrabbiata? Ti identificavi con quei ragazzi cattivi a Udine?

**P:** Cioè... io mi odiavo, dicevo sono diventata antipatica come loro, a Udine mi odiava tutta scuola tranne uno che ti dicevo... che lo conosco da sempre... è figlio di quella amica della

mamma a cui la mamma ha detto quella cosa di me, anche se era amica però non era giustificata a dirlo... E poi c'è stata un'altra ragazza che non è stata cattiva con me... La minoranza cui appartengo è formata di quattro gatti, giudicano molto, se ti crei una reputazione, te la tieni a vita, non so, per il resto... Diciamo che a me è arrivato il primo ciclo a gennaio in prima media, sono molto formosa, e lì invece erano tutte piccole fisicamente, e ai maschietti è partito l'ormone, pensavano solo a una cosa, per il resto non gliene fregava niente di me... io piacevo... cioè il mio corpo piaceva a un ragazzo che era il capo dei bulletti, non so, non me ne frega niente, e io ovviamente l'ho rifiutato, gli ho detto ci conosciamo da nemmeno due giorni, non è che adesso solo perché ho la terza di reggiseno sono la ragazza più bella o più simpatica, allora sono girate voci, lui aveva molta influenza, mi chiedevano anche cose molto intime che mi turbavano perché sono ossessionata dalla *privacy*, è stato molto difficile, mi facevano domande scomode, e poi sono diventate affermazioni che io avrei detto, il tutto in dieci giorni...

**T:** Ora Anna capisco meglio, sono molto importanti queste cose che mi stai dicendo... Sei arrivata come una bomba, hai rifiutato il bulletto, e questo ha causato movimenti che non erano colpa tua, poi magari tu hai reagito e sei forse diventata odiosa... Mi sembra molto importante quello che mi racconti.

**P:** Non so, è stato così veloce, improvviso, io sono una cui non va giù se litigo con qualcuno... Sono sempre stata una bambina egocentrica, poi ho dovuto fare a botte con questa cosa che vorrei piacere a tutti, mi ha dato proprio sempre fastidio non avere un bel rapporto con tutti, dire che mi dà fastidio ancora adesso non sarebbe giusto, alla fine non sono nessuno per cambiare le persone, se non vuoi avere rapporti con me avrai le tue buone ragioni, ormai ho fatto la pace con quel lato... Vabbè...

**T:** Anna, io non ti conosco e quello che ti dico lo dico dopo averti ascoltato ora... ma ho sentito come se tu fossi molto severa con te stessa, e valuti come molto gravi cose che fai o dici... un po' troppo...

**P:** Ma io cerco di essere obiettiva... essere così severa mi aiuta ad affrontare cose che... io sono molto emotiva ed esagerata... ma questi avvenimenti mi aiutano a descrivermi, a capire chi sono... sin da piccola ho cercato di farmi questa bolla per essere la bambina perfetta, per piacere a tutti, poi è stato difficile riuscire ad aprire gli occhi, ma è stata una delle parti positive della mia crescita perché mi ha aiutato...

**T:** Ma da quando pensi di avere aperto gli occhi vedendo tutte queste cose tremende di te?

**P:** Penso quando sono tornata da Udine, perché sono tornata nella mia città e mi sono trovata più antipatica, e non mi andava bene ...

**T:** Senti Anna, io ho come la sensazione che non sia un caso che quella figura, quella "cosa", che vuole punirti, farti buttare giù dal ponte, come se tu fossi colpevole o non avessi il diritto di vivere, sia venuta fuori ora che hai cominciato a vedere queste cose così terribili di te...

**P:** Ma io in realtà vivo benissimo questa cosa, OK, quelle cose sono successe, è così, vediamo come affrontarle in tutta calma, sono fatta così... perché io ci sto bene in realtà con me stessa... non ho problemi, cioè mi accetto... mi dico vai bene così, ci sta...

**T:** Diciamo che la tua testa ti dice così, ma forse c'è un'altra parte profonda che non è contenta di essere così, odiata, tremenda... Mi dicevi che per tutta la vita hai fatto tanti sforzi per essere adorabile... e all'improvviso tutti questi sforzi se ne sono andati a ramengo e sei diventata terribile e tutti ti odiavano... *[sorridente]*... Ma è normale essere un po' adorabili e un po' odiabili... e capisco quando dici che è un bene che siano venuti fuori quelle parti... ma io sento che se anche la tua testa dice che è un bene qui, nella pancia, qualcosa non è contenta e non accetta tanto certe parti tue poco piacevoli...

**P:** Io alla fine penso che non vorrei pensare, in realtà... sono molto razionale... verso di me ho sempre cercato di essere obiettiva e di capire, se hai un problema lo risolvi, se non è risolvibile risolvi il modo in cui lo affronti... e questo mi aiuta molto, pensare rende tutto più facile...

**T:** Da un lato... però dall'altro prima dicevi che non vorresti pensare...

**P:** Eh, vado a cercarmi problemi che in realtà non ho... Niente, è così.

**T:** Senti Anna, a me ha fatto molto piacere incontrarti, anche se mi è dispiaciuto non vederti dal vivo. Penso che potremmo fare un pezzo di strada insieme... Se anche tu ti sei sentita bene insieme a me...

**P:** Mi sono trovata molto bene... poi alla fine non riesco a tenermi tutto dentro, e poi mi piace che sia una persona che non sia un mio parente... mi sono trovata bene... poi il fatto che sono riuscita a parlarti di come sto adesso secondo me mi aiuta molto perché allo sportello non ne ho parlato di questa "cosa"... Cioè è più facile parlare con qualcuno che non sia un parente, è più facile però non è così scontato....

**T:** Bene, questa volta mi hai raccontato molto dei tuoi difetti, la prossima volta mi piacerebbe sapere quali sono i punti di te che reputi dei punti di forza, delle cose belle che hai.

**P:** Ce ne sono pochi ma...

**T:** Anche se sono pochi mi piacerebbe saperli...

**P:** Va bene, ci penserò... Secondo me è più facile trovare i difetti dei pregi, i pregi vengono evidenziati meno... i difetti vengono più a galla...

**T:** Sì, poi tu mi hai detto che la tua mamma è molto severa, e a volte le persone severe non per cattiveria ma per il loro carattere sottolineano più i difetti... vedono i pregi ma... Sai come fanno gli insegnanti severi che non ti dicono "hai fatto bene quello" ma "hai sbagliato questo"?

**P:** Mmh...

**T:** Ma ognuno di noi, anche il più tremendo [*scherzosa*] ha tante cose preziose dentro di sé...

**P:** Ah beh, speriamo, se no siam messi male!!

Anna si vede per la prima volta con la terapeuta – sembrerebbe – dopo averne espresso il desiderio ai genitori. Le sue aspettative apparirebbero inizialmente poco coerenti per una psicoterapia, rispetto al riferimento che fa alla "Madonna" del film che "dà delle istruzioni". Tuttavia, considerando la sua giovane età e l'andamento del colloquio nel quale appare disponibile a raccontare "come sto adesso (...) con qualcuno che non sia un parente", il suo approccio sembra modificarsi e la sua domanda viene a ristrutturarsi implicitamente come una vera e propria richiesta di aiuto per riuscire ad aprirsi e a dare un senso alla strana "cosa" che in certi momenti le appare. Non sembra, quindi, necessaria una ridefinizione esplicita degli obiettivi del trattamento, anticipando – viste le premesse – che questo possa avvenire spontaneamente nell'intersoggettività di una buona relazione terapeutica; augurandosi che il setting *on-line* non la limiti troppo.

### *Qual è il problema presentato da Anna e la sua genesi?*

Sembrerebbe che il problema sia insorto dopo un periodo di vita "difficile" che ha rotto un suo equilibrio, per certi versi, già precario:

- la morte della nonna e la preoccupazione per la conseguente solitudine del nonno descritto come una persona affettivamente significativa per lei ("è fantastico, la persona più bella che ho conosciuto") e sentita bisognosa di accudimento in quella situazione di lutto;

- il prolungato trasferimento a Udine, con la sola presenza della mamma con la quale “non abbiamo un bellissimo rapporto perché ho molta paura (...) del suo giudizio, perché è molto severa, (...) ci parlo pochissimo, quasi mai seriamente” e la totale assenza del padre col quale “avevo un bel rapporto (...) gli dicevo tutto” che, per tutto il periodo di circa sei mesi, non si era però mai ricongiunto alla famiglia: “il papà non era mai venuto”;

- il trasferimento in una scuola nuova nella quale si è trovata a vivere, in modo del tutto inaspettato, molte difficoltà di tipo relazionale mai sperimentate negli anni precedenti: “l’ho presa troppo sottogamba pensando di trovare persone belle come qui ma non è stato così”; si era sentita bullizzata dai compagni, soprattutto maschi, ma si era anche chiesta se e quanto tutto questo potesse essere responsabilità sua “io mi sono comportata come sempre, forse ero già odiosa prima, forse a Udine erano tutti odiosi che sembravo la meno odiosa di tutti, non so”, con un conseguente senso di confusione rispetto sia a sé sia agli altri, accentuato dal sentirsi “sola e insicura”;

- il ritorno a casa vissuto in termini ambivalenti: da un lato ne era “felice”, dall’altro preoccupata per il fatto di lasciare il nonno da solo (“il nonno non era più lo stesso, volevo restare lì con lui”). Anche il ritorno nella propria scuola era stato inizialmente difficile, presumibilmente per il senso di confusione rispetto a sé che si portava dietro: “a Udine ho avuto un cambio, ho visto così tanto odio e cattiveria che ero diventata un po’ così (...) presuntuosa, insopportabile”, “sono tornata qui, tempo due settimane mi odiava mezza scuola e tutta la mia classe e avevo capito che ero io, non loro (...) e questo ha rovinato i bellissimi rapporti che avevo”.

Poco dopo il ritorno a casa, la situazione sembrerebbe essere migliorata anche per l’aiuto della psicologa dello sportello scolastico che era riuscita presumibilmente a tranquillizzarla (cosa da approfondire nei colloqui successivi), rispetto a certi suoi comportamenti vissuti come negativi, aiutandola nel modo di porsi con i vecchi compagni: “e poi dopo per fortuna almeno in parte ho risolto (...) perché ero riuscita a sistemare prima di Natale i rapporti che avevo rovinato”. Ovviamente, in quel tipo di setting scolastico, non sarebbe stato possibile, anche volendolo, affrontare i nuclei più profondi del disagio di Anna connessi con la sua costruzione identitaria e con le esperienze con le sue figure di attaccamento.

*Quali ipotesi iniziali è possibile fare rispetto all’inquadramento professionale?*

*Quale il senso e la funzione del sintomo?*

Anna sembra avere delle relazioni problematiche con i genitori anche se in maniera piuttosto diversa con l’uno e con l’altra. Il rapporto con la mamma è sentito distante, richiedente e giudicante: “mi dà fastidio, ho molta paura del suo giudizio, perché è molto severa, allora ci parlo pochissimo”. Inoltre, viene descritta né disponibile a condividere le sue sensazioni né affidabile: “le ho detto che è una cosa riservata (...) invece lo ha detto in giro e mi ha fatto molto arrabbiare”.

Diversa è la situazione con il padre, rispetto al quale potremmo ipotizzare si fosse costruita un’immagine almeno in parte idealizzata. Nel momento in cui confida “solo a lui” e “appena tornata a casa”, la prima volta che aveva avuto quelle “strane visioni della cosa”, sembra che il padre non la prenda sul serio; nell’arco di soli 15 giorni, infatti, “se ne dimentica”, mettendola di fronte a una grossa delusione che Anna vive con forte intensità. Afferma piangendo che “questo mi ha fatto molto male, una cosa che per me è grave” e arriva addirittura a dire “me lo ha fatto odiare”, anche se a quest’ultima affermazione premette un “non lo so” che sembra

riflettere la sua confusione rispetto a due immagini di lui così contrastanti e, in modo speculare, anche rispetto a due immagini di sé, nei termini di bambina cattiva *versus* bambina vittima della “cattiveria” degli altri.

Su tutto questo aleggia una sensazione pervasiva di colpa che Anna riferisce a sé ma di cui non comprende l'origine e il senso e che la porta a percepirsi *egocentrica, egoista, emotiva, esagerata*. Sembra che la colpa serva a coprire la rabbia, che ha sentito ma che non può legittimarsi del tutto (soprattutto nei confronti delle figure affettivamente significative). La colpa appare funzionale per dare un senso a sensazioni inspiegabili; sembra essere il risultato di un processo dissociativo fra parti diverse del Sé che presumibilmente la protegge dalla possibilità di sentire fino in fondo il suo dolore (Bromberg, 2011; Cionini & Mantovani, 2016). Parla infatti di una “bolla” che si è costruita “sin da piccola” per cercare di “essere la bambina perfetta, per piacere a tutti”, perché “mi ha dato proprio sempre fastidio non avere un bel rapporto con tutti”. E, in primo piano “rispetto a tutti”, possiamo immaginare che stiano in particolare i genitori.

Nonostante non dica niente di specifico sul rapporto fra i suoi genitori, il riferimento alle coppie che “fanno schifo” fa pensare che la relazione fra di loro sia problematica. Questo sembrerebbe confermato anche dalla totale assenza del padre che, nel lungo periodo dei sei mesi del trasferimento a Udine, non compare in famiglia nemmeno per qualche fine settimana.

Colpisce che la figura dell'impiccato dall'Ospedale Vecchio (la “cosa”), comparsa nell'immaginazione di Anna nel periodo immediatamente seguente al rientro a casa, appaia regolarmente quando “sono particolarmente serena”. In particolare, sottolinea come la cosa si presenti quando è in relazione con Antonio, il suo migliore amico: “due giorni fa ero a letto che parlavo con il mio migliore amico, la cosa mi ha parlato e ha detto «male, tanto male»; io ho un rapporto molto bello con il mio migliore amico perché gli voglio un mondo di bene, e questa cosa che lui avesse detto «male, molto male» mentre parlavo con lui mi ha fatto pensare molto” (piange), “un po' di tempo fa gli piacevo (...) io lo avevo già rifiutato all'inizio, e comunque ho paura di rovinare il rapporto con lui... perché... le coppie fanno schifo, se guardi oggettivamente fa schifo stare in coppia, perché, litighi, *bleah*”.

Ma non solo con Antonio. Sono molti, infatti, i punti nei quali, durante il colloquio, ribadisce la relazione fra momenti di serenità e la comparsa della “cosa”: “quando sono con i miei amici ho paura di godermi il momento perché poi arriva questa cosa qui”. Questo vale sia con gli amici più cari (“ho paura che questa ‘cosa’ voglia che io me la prendo con le persone cui tengo ed è come se mi stesse dicendo «fagli del male») sia per se stessa (“questa cosa mi vuole spingere a fare cose pericolose contro la mia volontà”). La *cosa*, per Anna, sembra quindi essere funzionale a impedirle di permettersi di avvicinarsi alle persone a cui tiene e di stare con sensazioni piacevoli che potrebbero rivelarsi “false”, portandola a sperimentare il tradimento e la delusione. Contemporaneamente, serve anche per dare un senso al suo sentirsi colpevole, alla sua paura di sentire fino in fondo ed esprimere la rabbia e far così del male agli altri. Può essere vista come una fantasia che le permette di dirsi ciò che non potrebbe/dovrebbe sentire ma che fa parte del suo disagio; è come se, pur nello spavento che genera, le permettesse di dar corpo a sensazioni altrimenti non ammissibili.

### *Su quali aspetti sarebbe utile lavorare durante il processo terapeutico?*

In un primo momento, anche per favorire la costruzione della relazione terapeutica, ci proporremo di partire da situazioni di vita quotidiana per aiutare Anna a osservare e comprendere le sue modalità di porsi nelle relazioni con i coetanei e permetterle di iniziare a “fare

ordine” rispetto alla sua “confusione” verso sé e sé con gli altri. Come ritiene di essersi posta nel “rovinare” e poi per “sistemare” i rapporti con i compagni?

Contemporaneamente, o subito dopo, cercheremmo di prendere in mano, insieme ad Anna, l'immagine della “cosa” a partire da un lato dalla considerazione che questa ha per lei quasi la realtà di una persona fisica – “totalmente nera (...) sembra un fumetto (...) molto realistico (...) ha gli occhi azzurri” ed “è il dettaglio della morte” – e dall'altro che si presenta “di solito quando sono particolarmente serena”. Com'è che vorrebbe spingerla a far del male alle persone a cui vuole bene così come a lei stessa? Ne parleremo quindi insieme a lei per aiutarla a costruirne un senso. Cosa sta cercando di dirle? Forse che si è sentita cattiva per aver provato “qualcosa che non si dovrebbe provare”, sentendosi così in colpa? Forse che non può sentire la rabbia perché poi rischierebbe di agirla facendo del male agli altri a cui vuole bene?

Tutto molto difficile. Obiettivi che richiederebbero un tempo non breve per essere percorsi, considerando contemporaneamente però che ciò che appare da questa prima seduta è una bambina di soli 13 anni ma, in un qualche modo, piuttosto matura.

Nel momento in cui Anna fosse riuscita, all'interno di una relazione terapeutica sentita come sicura, a legittimare le sue sensazioni di rabbia e a prendere contatto con la paura di una vicinanza affettiva sentita come pericolosa, in quanto possibile fonte di delusione, potrebbe essere utile proporle un incontro insieme al padre, durante il quale riesca a dar voce a quelle sensazioni, così difficili da esprimere che ha provato durante questi lunghi mesi.

Rispetto ai suoi timori nelle relazioni con i coetanei con i quali è particolarmente legata, potremmo pensare a proporle di visualizzare situazioni particolarmente piacevoli per aiutarla a contattare e dar corpo alle sue paure di far del male e/o di rovinare i rapporti.

Difficile dire altro, in quanto ciò che potrebbe essere dipende molto da come la relazione con Anna si sviluppa, durante il percorso terapeutico, e dalla misura in cui questo venga a co-costruirsi come uno spazio nel quale lei possa fare esperienze relazionali nuove e diverse.

## Riferimenti bibliografici

- Bromberg, P. M. (2011). *The shadow of the tsunamis: And the growth of the relational mind*. Routledge (trad. it.: *L'ombra dello tsunami. La crescita della mente relazionale*. Raffaello Cortina, 2012)
- Cionini, L., & Mantovani, I. (2016). Leggere la dissociazione dell'esperienza del trauma relazionale: la psicoterapia nell'ottica costruttivista intersoggettiva. *Costruttivismi*, 3, 40-62. <https://doi.org/10.23826/2016.01.040.062>

## Gli Autori

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

Email: [lorenzocionini@icloud.com](mailto:lorenzocionini@icloud.com)



*Isabella Mantovani*, psicologa psicoterapeuta a orientamento costruttivista intersoggettivo, è la Coordinatrice didattica e Didatta della Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Costruttivista del CESIPc di Firenze, Didatta della Associazione Italiana di Psicologia e Psicoterapia Costruttivista (AIPPC). Lavora come psicoterapeuta degli adulti e degli adolescenti a Padova, presso il Centro Costruttivamente e a Firenze presso il CESIPc. Si occupa di formazione alla genitorialità e di aggiornamento per medici di base.

Email: [isa.manto03@gmail.com](mailto:isa.manto03@gmail.com)



## Citazione (APA)

- Cionini, L., e Mantovani, I. (2023). La paura della serenità: il caso di Anna. *Costruttivismi*, 10, 54-64. <https://doi.org/10.23826/2023.01.054.064>