

PSICOLOGIA CLINICA PSICOTERAPIA OGGI

Periodico scientifico

- **"SE VUOI VENIRNE FUORI DEVI PASSARCI IN MEZZO".
IL TRATTAMENTO DEL TRAUMA IN CHIAVE STRATEGICO INTEGRATA**
- **DALL'ABUSO AL CORAGGIO DI ESSERE FELICI**
- **PICCOLE COSE DI VALORE NON QUANTIFICABILE**
- **VIAGGIANDO SI IMPARA.
INTERVISTA ALLA DOTTORESSA FRANCESCA ANDRONICO
E LA PSICOLOGIA DEL VIAGGIO**



ph DKunerts

foto di Nadezhda Moryak

ISSN: 2038-0399

Periodico scientifico

PSICOLOGIA CLINICA & PSICOTERAPIA OGGI

Direttore editoriale:

Giovanna Celia

Direttore responsabile:

Luigi Sepiacchi

Comitato scientifico:

Mauro Cozzolino

Enrico Maria Secci

Comitato di redazione:

Simona Abate

Teresa Basile

Paolino Cantalupo

Massimo Cotroneo

Marcello Luciano

Maria Scribano

Francesco Tarantino

Segreteria di Redazione

Annarita Sidari

Giulia Zucchini

Progetto grafico:

ABAV - Viterbo

Dipartimento Grafica

prof. **Fabrizio Pinzaglia**

Redazione:

Psicologia Clinica e

Psicoterapia Oggi

Via del Serafico, 3

00142 Roma

Editore:

eM EDIZIONI
MAGO SRL

Via del Serafico, 3

00142 Roma

Periodico trimestrale tecnico scientifico

Iscritto al n. 99/2007

Registro della stampa – Tribunale di Roma

La rivista ospita complessivamente le seguenti sezioni:

Psicoteoria

la sezione ospita lavori di tipo teorico, tipo rassegne critiche di letteratura e/o studi che propongono modelli concettuali ed ipotesi interpretative originali.

Psicoempiria

la sezione ospita ricerche basate su dati originali.

Il punto di vista

la sezione ospita commenti, articoli o interviste di autori di fama e/o esponenti istituzionali sul tema del numero o su eventi culturali legati alla professione clinica.

Traduzioni

la sezione ospita traduzioni di lavori della letteratura internazionale di rilevante interesse scientifico-professionale.

Schede informative

la sezione ospita lavori volti a presentare aspetti salienti della professione clinica (nuove prospettive lavorative, cambiamenti normativi, aspetti fiscali).

Recensioni

la sezione ospita recensioni di testi, articoli, convegni e workshop.

La finestra sul mondo

la sezione ospita la presentazione di esperienze professionali e/o di formazione/aggiornamento all'estero.

Esperienze

la sezione ospita lavori su casi clinici.

Psicoterapia Strategica Integrata

la sezione ospita lavori teorici e/o di intervento inerenti il modello strategico integrato.

Le sezioni non sono fisse ma variano a secondo dei numeri e dei contributi raccolti e accettati per la pubblicazione.

Il direttore

Giovanna Celia



Per la pubblicità su:

Psicologia Clinica & Psicoterapia Oggi

Contatti:

Email: abbonamenti@edizionimago.it

Tel. **06.51.96.37.37**

Editoriale

Pag. 2

Psicoterapia Strategica Integrata

SE VUOI VENIRNE FUORI DEVI PASSARCI IN MEZZO". IL TRATTAMENTO DEL TRAUMA IN CHIAVE STRATEGICO INTEGRATA

Claudia Cappuccio

Pag. 4

DALL'ABUSO AL CORAGGIO DI ESSERE FELICI

Ivonne Carosi Arcangeli

Pag. 16

PICCOLE COSE DI VALORE NON QUANTIFICABILE

Flavia Garau

Pag. 28

VIAGGIANDO SI IMPARA.

INTERVISTA ALLA DOTTORESSA FRANCESCA ANDRONICO E LA PSICOLOGIA DEL VIAGGIO.

Giulia Zucchini

Pag.46





Carissimi lettori,

con grande piacere voglio presentarvi il numero che state per leggere.

Si tratta di un numero molto ricco di contributi strategico-integrati, sono infatti presenti diversi articoli che descrivono, in modo puntuale e interessante, l'applicazione del modello in differenti ambiti clinici e non.

Un primo lavoro racconta un percorso di psicoterapia ad orientamento strategico- integrato attraverso la sistematizzazione di un complesso caso clinico. Nell'articolo verranno descritte in modo accurato le prescrizioni scelte in relazione alla fase terapeutica e alle specifiche caratteristiche del soggetto, mostrando dunque l'efficacia dei risultati che si possono raggiungere con questo importante strumento.

Un secondo interessante articolo descrive il lavoro terapeutico svolto con una paziente con disturbo da stress post traumatico in seguito alla dolorosa esperienza della perdita improvvisa di un genitore durante l'infanzia. Nell'articolo vengono bene presentate le diverse fasi del trattamento strategico nonché illustrate le tecniche cliniche specifiche impiegate al fine di ottenere un cambiamento terapeutico.

Andando avanti, vi è un altro contributo che analizza e descrive un delicato caso clinico trattato sempre con il

metodo della psicoterapia strategico-integrata. Anche in questo contributo viene descritto l'importante ruolo svolto dalle prescrizioni nel processo di cambiamento. Dall'articolo si evince quanto le prescrizioni rappresentino degli importanti punti di svolta per aprire canali, superare le resistenze e permettere alla persona di attraversare un'esperienza dolorosa e trasformarla.

Infine, ma non per ordine di importanza, leggerete un'intervista ad un bravo e competente psicologo che uscendo dalle classiche applicazioni della disciplina focalizza la sua esperienza e la sua stessa vita sul senso del viaggio e le sue importanti implicazioni evolutive per la psiche e per l'anima.

Con gioia per la pubblicazione di questo nuovo numero ricco di contributi ad opera di psicologi-psicoterapeuti ad orientamento strategico integrato, non posso che augurarvi una buona lettura.

Il direttore editoriale
Prof.ssa Giovanna Celia

Giovanna Celia

Prontuario di strategie terapeutiche

Esercizi e prescrizioni
per sciogliere nodi psicologici
in breve tempo

PSICOTERAPIE

FrancoAngeli



“SE VUOI VENIRNE FUORI DEVI PASSARCI IN MEZZO”

IL TRATTAMENTO DEL TRAUMA IN CHIAVE STRATEGICO INTEGRATAI

di Claudia Cappuccio

Abstract

Il lavoro qui presentato è la tesi di specializzazione in psicoterapia di Claudia Cappuccio, studentessa della classe Q (2017-2020) del corso di specializzazione in psicoterapia strategico integrata SCUPSIS. Il caso descritto tratta del lavoro terapeutico svolto con una paziente con disturbo da stress post traumatico dovuto al trauma della perdita improvvisa di un genitore durante l'infanzia. Le fasi del trattamento strategico verranno illustrate attraverso l'utilizzo di tecniche cliniche specifiche orientate al cambiamento. Inoltre, verrà mostrato come la risonanza emotiva con la storia del paziente possa rappresentare una risorsa anziché un limite.

The work presented here is the thesis of specialization in psychotherapy of Claudia Cappuccio, student of class Q (2017-2020) of the specialization course in strategic-integrated psychotherapy. The case described shows the therapeutic work carried out with a patient with chronic post-traumatic stress disorder due to the trauma of the sudden loss of a parent in childhood. The phases of strategic treatment will be illustrated through the use of specific change-oriented clinical techniques. It will be described how the emotional resonance with the patient's history can represent a resource rather than a limit.

Nel disturbo da stress post traumatico, l'individuo diventa prigioniero di un passato che continua a inondare il suo presente di paura, dolore e rabbia, impedendogli di proseguire il suo cammino verso il futuro. Il trauma si scioglie dai vincoli del tempo, non ha uno spazio dedicato nella memoria; il trauma non elaborato rimane sospeso a far sentire i suoi effetti nel presente della persona. Il trauma non è una storia su qualcosa successo tanto tempo fa, le emozioni, le sensazioni fisiche, le immagini intrusive impresse nella mente e nel cervello continuano ad essere esperite nel presente non come ricordi ma come reazioni fisiche ed emotive distruttive (Van Der Kolk, 2014).

Chi subisce un trauma può vivere in continuo stato di allerta, la sensazione è che il pericolo sia sempre incombente, pertanto, è frequente che vengano evitate le situazioni associabili ad esso ma si tratta di tentativi fallimentari rispetto alla soluzione del problema e invece di migliorare la condizione psicologica del soggetto la fanno peggiorare ulteriormente. Tutto questo è ben rintracciabile nel caso clinico preso in esame.

C. è una ragazza di 22 anni, studia scienze motorie presso un Ateneo di Roma e lavora come allenatrice di pallavolo. Descrive la sua infanzia come “tutto sommato felice”. Terzogenita di tre figli, riferisce di aver un buon rapporto con la sua famiglia, soprattutto con la sorella che considera il suo punto di riferimento, colei che la protegge. Racconta che

con la madre ha un buon dialogo e le è grata per averla cresciuta senza farle mancare nulla. All'età di 11 anni, mentre era in gita scolastica, perde il padre per un infarto avvenuto dentro casa al cospetto della madre e del fratello maggiore. Tre anni fa inizia una relazione con suo coetaneo e compagno di corso. Nonostante sia C. a mettere fine al rapporto decide di iniziare una terapia per i sentimenti di rabbia verso questa persona presenti dopo mesi dalla fine del loro rapporto.

1 STADIO 1. LA FASE ORIENTATIVA

1.1 Primo colloquio e costruzione della relazione terapeutica

Il primo colloquio (o seduta zero) si concentra sulla definizione del problema e sull'individuazione di possibili obiettivi terapeutici. In questa fase è fondamentale iniziare a costruire l'alleanza terapeutica. Nell'approccio strategico integrato, la seduta "zero" ha un valore fondativo nell'attivare modifiche nella percezione del problema e nella costruzione di comportamenti nuovi. Il terapeuta concentra la sua attenzione non solo sulla definizione del problema ma sulla persona e sulle sue modalità di interagire, l'individuazione del pattern comunicativo – relazionale pone le basi per definire il piano di lavoro.

La paziente si presenta all'appuntamento in perfetto orario. Mi dà del Lei e con passo sicuro si accomoda nel mio studio scegliendo di sedersi sulla punta del divano, schiena dritta e gambe piegate. Ho la sensazione che sia pronta a "reagire" o a "scappare". Mantiene questa postura fino alla fine della nostra seduta. Dedico i primi minuti della seduta ad approfondire le motivazioni che l'hanno portata a richiedere un colloquio e come mai abbia scelto di rivolgersi a me. La vicinanza con la sua abitazione e le informazioni presenti online sulla mia attività hanno fatto ricadere la scelta sul mio studio, ribadisce di essersi accorta di aver bisogno di aiuto per superare questo periodo difficile. Le chiedo, inoltre, se si sia già rivolta a un terapeuta in passato. Risponde che "nonostante tutto non ce n'era bisogno". All'età di 11 anni, mentre era in gita scolastica, perde il padre per un infarto. Nonostante il contenuto sia carico emotivamente, archivia il racconto con freddezza e poche parole, mettendo un punto alla possibilità da parte mia di approfondire l'argomento. È in questa occasione che la sento esprimere una frase che nel corso delle nostre sedute non solo sarà ricorrente ma, a un certo punto, costituirà elemento prezioso di questo percorso: "Il mondo va avanti, non si ferma. Per quanto sia difficile, uno deve andare avanti".

Il motivo per il quale richiede un consulto è che la fine del suo rapporto con il fidanzato la "ossessiona" impendendole di svolgere le sue normali attività. Dopo il primo anno di relazione emergono diversi problemi ma all'inizio non se la sente di affrontarli e preferisce "passarci su". Successivamente, in seguito a diverse discussioni e delusioni, tenta di risolvere la situazione fino a quando "esplode" e decide di lasciarlo. Le chiedo di approfondire in quale modo questi problemi influissero su di lei e sulla loro relazione ma non riesce a rispondere in modo chiaro. Si irrigidisce nella postura e il tono dell'eloquio diviene accelerato. C. racconta che il ragazzo non è mai stato sincero con lei e a prova delle sue convinzioni riporta pochi aneddoti confusi, accusandolo di non essere "la persona che gli altri conoscono". Questa mancanza di sincerità è vista dalla paziente non solo come una mancanza di rispetto nei suoi confronti ma anche come "assurda e immotivata". Inoltre, entrambi nel corso degli anni hanno frequentato lo stesso gruppo di studio. Dopo la

loro rottura, nessuno dei loro amici si è interessato alle ragioni di questa separazione e al suo stato d'animo. Da qui nasce il problema che la affligge e che la porta a richiedere l'aiuto di un professionista.

Noto che è molto arrabbiata e confusa, lei stessa intuisce che il suo comportamento non sia "normale"; tuttavia, non riesce a farne a meno. Sente che portando a galla la "verità" lei potrà tornare quella di prima. La famiglia si distacca dai suoi atteggiamenti accusandola di essere troppo rigida anche se riferisce di avere un ottimo rapporto con la madre e la sorella. Avverto una profonda solitudine, cerco di approfondire che tipo di legami abbia al di là della sua famiglia e mi dice che sente di non poter condividere con le amiche il suo stato d'animo poiché non capirebbero e lo troverebbero inusuale da parte sua.

Anche il lavoro non la soddisfa. Attualmente è allenatrice di pallavolo presso due società sportive dove le condizioni organizzative e retributive non sono state definite in modo chiaro. Anche in questo caso si sente "presa in giro", nessuno le dice chiaramente quale sia il suo ruolo e il suo compenso. Dopo sei mesi dall'inizio dell'incarico non ha ancora ricevuto nessuno stipendio. Nonostante trovi ingiusta la situazione, preferisce non confrontarsi con la dirigenza perché teme di perdere il lavoro. L'unica soluzione è attendere che la situazione si sblocchi da sola.

Il Sistema Percettivo Reattivo rappresenta la modalità con la quale ciascuna persona, in base al proprio vissuto soggettivo, percepisce e reagisce, sempre rispetto a sé stesso, agli altri e al mondo. È un modello ridondante di Tentate Soluzioni messe in atto nei confronti di una specifica realtà, che si ripetono perché c'è una percezione che si è strutturata, che si è irrigidita proprio sulla base del fatto che quelle Tentate Soluzioni hanno funzionato (Nardone, G. e Watzlawick, P. 1990).¹ In questo caso, il SPR di C. fa sì che la paziente percepisca gli altri come persone non sincere e non adempienti alle aspettative derivanti dal ruolo che ricoprono, l'unica possibilità è quella di approcciarsi con sospetto come se le nascondessero sempre qualcosa ma senza chiedere chiarimenti diretti. Questo crea distanza nelle relazioni e le emozioni provate sono prevalentemente di rabbia e paura.

C. è molto angosciata e arrabbiata, si sente sola e bloccata. Al terapeuta chiede di "tornare come prima", dove riusciva a controllare tutto e a adempiere ai propri impegni. Cercando di approfondire le aspettative della paziente rispetto alle finalità di un percorso terapeutico, appare chiaro come C. non sappia né definire la linea di demarcazione temporale tra "prima" e "dopo" né tantomeno sappia come circoscrivere in maniera chiara ciò che desidera in termini di pensieri, sensazioni e comportamenti. Soprattutto, nella sua richiesta, non trovo alcun riferimento alle sue emozioni, alla possibilità di riuscire a viverle in maniera sana. Il desiderio sembra quasi essere quello di poterle estirpare non facendo parte del suo funzionamento. Sento da parte sua l'urgenza che il problema venga superato nel più breve tempo possibile.

Attraverso l'utilizzo della Miracle Question cerco di stimolare la paziente a definire un obiettivo terapeutico chiaro e raggiungibile mettendo a fuoco le risorse che può utilizzare per raggiungerlo. La miracle question deve esser posta con linguaggio suggestivo e il paziente deve essere supportato dal terapeuta, il quale deve scoraggiare affermazioni generiche o fantasie improbabili (Secci, 2005).² Questa tecnica fornisce anche indicazioni importanti circa l'atteggiamento dell'individuo verso il possibile cambiamento. Risponde in modo confuso, ha difficoltà a mettere a fuoco degli obiettivi precisi. Un elemento di

cambiamento potrebbe essere l'assenza di rabbia e uno stato di minor agitazione. Questo potrebbe migliorare anche le relazioni con le persone che la circondano.

Alla fine della seduta rifletto sulla sensazione di sfiducia che la paziente ha rimandato per tutto il tempo del nostro incontro. Anche se non esplicitamente rivolta verso il mio ruolo temo che durante il percorso possa rappresentare un ostacolo alla buona riuscita del processo stesso. L'eccessiva rigidità e la mancanza di informazioni impediscono di formulare un obiettivo concreto e predisporre un piano di intervento.

2 STADIO 2. LA FASE TATTICO-FOCALE

2.1 Definizione del problema e attuazione dell'intervento

Nella fase tattico-focale si definisce l'obiettivo dell'intervento terapeutico con lo scopo di produrre nel minor numero di sedute uno sblocco sintomatico in relazione ai problemi portati dalla persona. In questo stadio, il lavoro del terapeuta strategico integrato si concentra sul qui ed ora ed agisce mediante tecniche specifiche mirate alla rottura dello schema del disturbo.

“L'obiettivo della fase tattico-focale è l'estinzione del sintomo e il contenimento o la risoluzione della sofferenza psicologica del paziente attraverso esperienze concrete, attraverso esperienze emotive correttive” (Celia, 2016, p.61).

Durante la seconda seduta la paziente si riaggancia al racconto degli episodi già illustrati in prima seduta. È bloccata nella narrazione dei fatti e dei pensieri che ne scaturiscono. In questo momento, la rabbia e la confusione della paziente appaiono necessarie e rivestono il ruolo di “guardiani attivi” che proteggono la paziente impedendomi di accedere a determinati argomenti. Al termine del nostro incontro decido di assegnarle la “prescrizione della separazione” (Celia, 2016)³, una prescrizione di tipo indiretta composta da sequenze di azioni suggestive e ritualizzate, che non essendo apparentemente collegabile al sintomo presentato, sposta l'attenzione del paziente dal problema che lo affligge. Ho scelto questo tipo di prescrizione perché è particolarmente adatta a pazienti che hanno difficoltà a separarsi, a scegliere ed a crescere, che hanno difficoltà sia con il cambiamento che con il conflitto e può essere utilizzata anche in chiave diagnostica in modo da comprendere in che fase della separazione il soggetto incontri maggiori difficoltà (Celia, 2020).

Nonostante C. riesca a portare a termine il compito e ad affrontare le difficoltà che ne emergono, la prescrizione della separazione porta alla luce la sua difficoltà nel chiedere aiuto. Inoltre, rompere “qualcosa” che non funziona o che non è adatto a lei rappresenta una trasgressione a ciò che le è stato insegnato. Pertanto, il risultato è che lei sente di non poter cambiare la sua realtà anche se la realtà stessa le provoca rabbia e angoscia.

Questa prescrizione è stata, all'interno del nostro percorso, l'inizio del processo di cambiamento della paziente. I suoi effetti si sono manifestati durante i giorni successivi dove C. ha pensato molto al padre. Nella seduta seguente racconta il giorno della morte del genitore. Ha 11 anni, di ritorno da un camposcuola, la viene a prendere la mamma visibilmente tesa. La madre, prima di rientrare in casa, le comunica in modo ambiguo un malore del genitore senza fornire dettagli ma soprattutto senza comunicarne in maniera chiara il decesso. Nel chiedere chiarimenti alla sorella le viene risposto che era stata predisposta un'autopsia, solo allora C. deduce della morte del padre. Il giorno dopo,

entrambe le sorelle decidono di andare a scuola riprendendo la vita di prima perché “in fondo il mondo va avanti.”

Uno degli elementi emersi durante le sessioni di supervisione con la Prof.ssa Celia è proprio come l’evento traumatico si configuri come punto di rottura nella normale evoluzione della paziente. A seguito di un evento di tale portata, l’individuo non può più essere lo stesso, sperimentando un divario tra “cioè che era prima” dell’accaduto e ciò che si verifica “dopo”. Secondo il DSM 5 (APA, 2013), l’incapacità di padroneggiare le conseguenze di questo tipo di trauma, induce emozioni di paura, collera e dolore accompagnate da un sentimento di impotenza. *“Tanto più un evento traumatico è precoce, tanto maggiori e più profonde potranno essere le sue ricadute sulle traiettorie di sviluppo di un individuo”* (Zaccagnino, 2022, p. 22).

Il giorno della morte del padre di C. ha segnato un punto di svolta nell’evoluzione della ragazza ed è avvenuto nella fase di costruzione della sua identità. L’evento profondamente doloroso non è stato affrontato da nessuno dei membri della famiglia, l’ambiente stesso ha richiesto che questa sofferenza venisse archiviata il prima possibile. Non vi è e non vi è stato sostegno tra loro. Questo lutto è rimasto “indefinito” e “sospeso” nel tempo, pronto a farne sentire gli effetti nel “qui e ora” della paziente. La sua sospensione nel tempo è dovuta anche alla modalità di evitamento del dolore della famiglia stessa, sostituito con una quotidianità normale perché il mondo va avanti. Qui emergono le radici del SPR della paziente che la inducono a provare rabbia, solitudine e avere sempre la sensazione che non le dicano la verità. La vicinanza emotiva con l’ex ragazzo è avvertita come una minaccia alla sua integrità e al suo equilibrio. Lui diventa simbolo del problema che C. avverte, infatti, la slealtà non va cercata nelle sue azioni ma in quello che lui rappresenta per lei. La madre, nel non aver saputo comunicarle in maniera chiara ciò che era successo e nella sua successiva indisponibilità ad essere un sostegno per lei, rappresenta il primo “tradimento”. C. non è stata libera in quel momento e negli anni di poter soffrire per il padre, né tantomeno di esprimere il suo amore per lui perché questo avrebbe messo in crisi il nuovo “equilibrio” disfunzionale del sistema.

Alla fine di queste riflessioni verrà formulato il nostro obiettivo terapeutico: rimettere “il passato nel passato” (Cagnoni, 2009) guidando il paziente a ricollocare la propria memoria nel passato in modo che non dilaghi nel presente (Cagnoni, 2009).

In questa fase della terapia ho scelto di utilizzare prescrizioni specifiche per il raggiungimento e il consolidamento del nostro obiettivo terapeutico. Tra le prescrizioni indirette ho scelto “l’album dei ricordi” (Celia, 2020)⁴ poiché adeguato per i pazienti che hanno un insoluto con il passato e che sono insoddisfatti a causa dell’andamento della loro vita. Offre anche la possibilità di conoscere in modo più profondo e strategico aspetti della storia familiare del paziente. Figure significative assenti, eventi critici e/o traumatici, miti familiari vengono a galla. Per ogni fase della vita, si determinerà insieme “il bello e il brutto”, cercando di pacificare il paziente e i suoi irrisolti (Celia, 2020, p. 86).

Anche se C. non adempie al compito come assegnato e non porta più di 5 foto, riesce, attraverso la storia evocata dalla fotografia di uno scatto apparentemente poco significativo, a connettere la storia di sofferenza di una bambina amica ritratta nell’immagine a quella del padre e così alla sua. La bambina nella foto era la figlia di una collega del padre che qualche anno fa si è tolta la vita. In giovane età aveva perso la madre e nonostante una carriera accademica e lavorativa brillante aveva sempre fatto fatica a

soportare quel dolore che la famiglia stessa rinnegava. Nella storia del padre di C., si intravedono le radici dell'organizzazione del sistema famiglia della paziente. I legami sono caratterizzati dalla distanza emotiva tra i membri dove ognuno è solo e ha il compito di dimostrare il proprio valore attraverso la "produttività" e l'affermazione. Non c'è spazio per esprimere e condividere i propri sentimenti, "il mondo deve andare avanti qualunque cosa succeda". Secondo C. questo ha logorato il padre e, probabilmente sta logorando anche lei.

C. è disperatamente arrabbiata, sembra una bambina e si chiude sulle ginocchia nascondendo il viso. Abbandona così la rigidità che l'accompagna in ogni seduta. Il rapporto con la madre viene messo in discussione. Se prima i suoi comportamenti venivano giustificati, ora C. non riesce a non pensare che per lei non ci sia stata e che per paura di farla soffrire ha lasciato da parte il ricordo del padre. A distanza di anni, l'ex ragazzo rappresenta l'unico sostegno ricevuto concedendole l'opportunità di potersi abbandonare alla tristezza. Durante la loro relazione, l'ha spesso incoraggiata a parlare del padre restituendole il pensiero che sarebbe molto orgoglioso di quello che lei sta facendo.

La tecnica utilizzata di seguito ha rappresentato il momento più importante del nostro percorso sia per la paziente che per me. Sono consapevole, in questo, dell'importanza che dovrò essere una solida guida per C., un riferimento che non la deluda e che non le permetta di soprassedere sui contenuti emotivi più dolorosi. Sento il bisogno di prepararmi a questa seduta, prendendomi lo spazio di qualche incontro in più rispetto al momento che ritengo sarebbe stato più adeguato.

La "ri-narrazione del trauma" deriva dall'integrazione di diverse teorie e protocolli derivanti dalla terapia cognitivo comportamentale (esposizione del trauma), dall'approccio narrativo e dall'approccio strategico (il romanzo del trauma). Tale integrazione segue le linee guida fornite dalla Dott.ssa Celia in sede di supervisione. Attraverso la ri-narrazione del giorno della morte del padre di C., ho aiutato la paziente ad affrontare il ricordo traumatico facendogli rivivere tutte le emozioni, cognizioni, sensazioni fisiologiche e sensoriali e comportamenti associati all'evento. L'esposizione guidata ha aiutato l'elaborazione emotiva degli eventi traumatici, la paziente ha imparato che è possibile ricordare "in sicurezza" e tollerare la sofferenza che nel tempo andrà a diminuire. Attraverso il ricordo guidato, è possibile giungere non solo a una narrazione più completa e coerente ma è possibile ridurre gli effetti che il trauma ha sul suo "qui ed ora". Il racconto viene successivamente arricchito dalla possibilità di "sovrascrivere" l'evento, sciogliendo i nodi dolorosi grazie all'intervento del paziente stesso. Il paziente di "ora" ha l'opportunità di dialogare con il paziente di "allora" offrendogli la possibilità di avere il sostegno e il contenimento di cui avrebbe avuto necessità. Il processo d'esposizione è infatti terminato con la paziente adulta che abbraccia e consola la versione di lei bambina concedendole la possibilità di fermare il mondo qualora ne senta la necessità. Durante i giorni seguenti la paziente riferisce la sensazione di esser tornata bambina e di essersi concessa riposi nel letto dei genitori, lo stesso letto che l'aveva accolta il giorno della morte del padre e dove è terminata la rievocazione del trauma. La madre nota l'insolito comportamento e questo apre un dialogo tra le due, con annesse riposte a domande mai fatte e aneddoti divertenti sul padre.

Nelle sedute successive C. riferisce di sentirsi molto meglio. Ha ricominciato a studiare e vorrebbe contattare l'ex fidanzato.

3 STADIO 3: FASE INTEGRATA

Consolidamento e conclusione del trattamento

Nella fase tattico-focale il paziente sperimenta un cambiamento rapido che raramente lascia il tempo e lo spazio per l'acquisizione di una solida consapevolezza del risultato ottenuto. Nell'approccio strategico-integrato per consapevolezza si intende *“la capacità del paziente di rappresentare sé stesso e l'esperienza della patologia nel quadro di una narrazione coerente del superamento del problema e delle modalità che hanno scatenato la formazione e la sua persistenza”* (Celia,2016). In questa fase strategico integrata viene meno la direttività del terapeuta stimolando nel paziente l'acquisizione di autonomia in virtù della fase conclusiva della terapia.

Per avviarci alla conclusione del nostro percorso assegno alla paziente la prescrizione del “dialogo post mortem” (Celia, 2020), una prescrizione di tipo paradossale e adatta alla fase finale della terapia. È dedicata ai pazienti che hanno un insoluto con il loro passato e, in particolare, con una persona molto importante per loro che è venuta a mancare in maniera improvvisa. Questo compito è particolarmente adatto a C.; nelle fasi precedenti abbiamo lavorato affinché potesse rielaborare la perdita e accedere al ricordo dell'evento in maniera completa e meno dolorosa. È necessario che la paziente possa pensare al padre non solo recuperando i momenti positivi vissuti con lui ma integrando la sua presenza anche nel proprio quotidiano. C. non solo esegue la prescrizione ma in qualche modo la rende un utile strumento della sua cassetta degli attrezzi. Di fronte alla possibilità di perdere la propria camera per il ritorno a casa del fratello, C. dopo essersi confrontata con la sua famiglia, decide di accedere e liberare lo studio del padre considerato fino a quel momento “la stanza che non c'è”. Inaccessibile a tutti dal giorno della perdita del genitore.

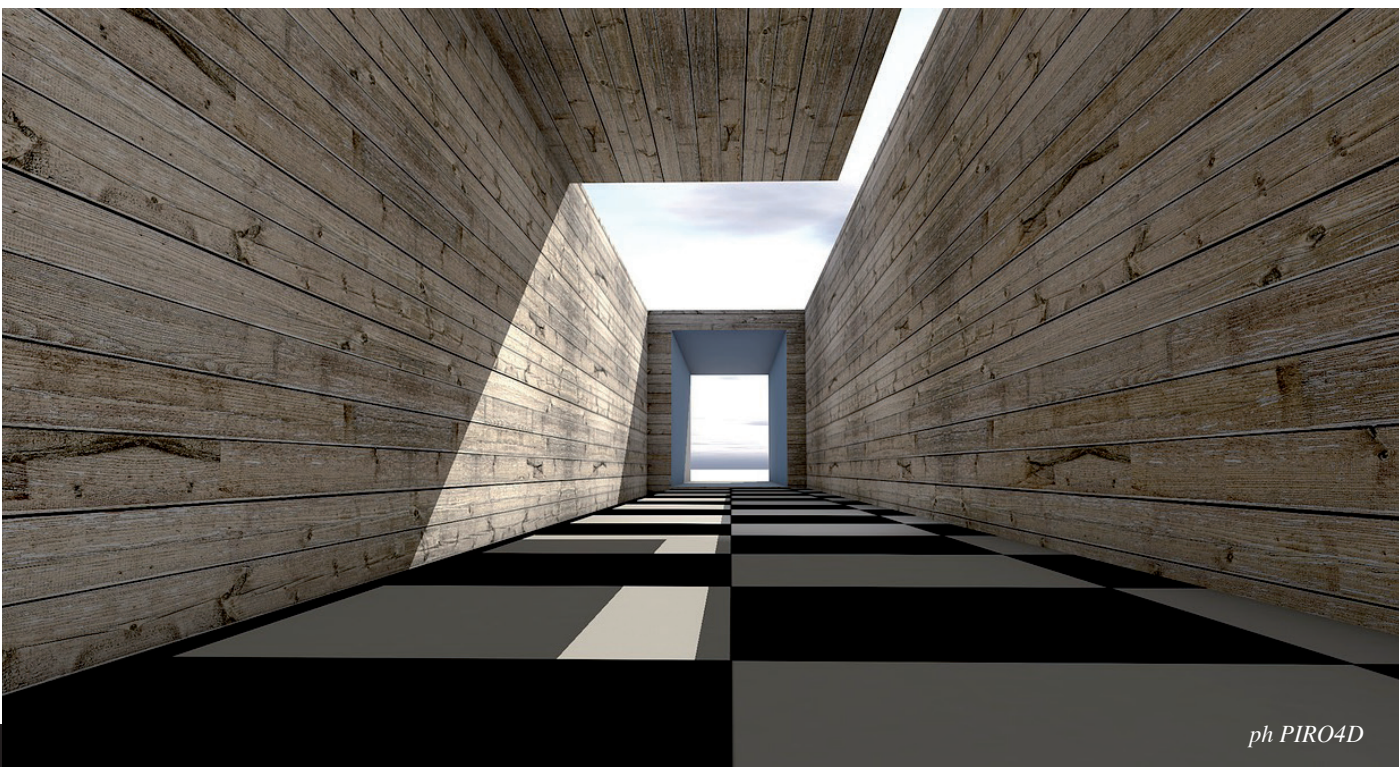
C. ha raggiunto gli obiettivi del percorso terapeutico con ottimi risultati. Durante la nostra ultima seduta, abbiamo ricordato la prescrizione della separazione data nelle prime fasi della terapia. Se prima per lei era difficile “rompere” e “separarsi” da qualcosa, oggi riconosce nell'azione l'opportunità di trovare nuovi equilibri. Non ha più angoscia nel relazionarsi al cambiamento, nel processo può farlo operando una scelta consapevole e in armonia con le proprie emozioni. Anche le relazioni della paziente sono qualitativamente cambiate. Ha ripreso a frequentarsi con l'ex fidanzato e con il gruppo di amici che sentiva distante. Ha un rapporto più aperto con la mamma e sta cercando di recuperare un dialogo più sincero anche con i fratelli. Quando le capita di sentirsi sopraffatta ripensa al momento in cui ha potuto abbracciare sé stessa bambina.

4 CONCLUSIONI

Anche se ho conosciuto C. durante il secondo anno di attività professionale, considero il percorso con lei come se fosse il primo affrontato. Il caso con il quale sento di esser diventata psicoterapeuta. La storia di C., per giunta mia omonima, ha forti risonanze con la mia. Con lei condivido il dolore della perdita e la sfiducia verso un genitore non in grado di assolvere ai compiti di contenimento affettivo di cui un figlio ha bisogno. Ritrovo me stessa anche nella solitudine nel non poter condividere questo sentimento con nessuno e il silenzio attorno alla figura della persona deceduta.

Inoltre, C. arriva in terapia durante gli ultimi mesi della mia seconda gravidanza. Temo che tutto questo possa scavallare o al contrario far irrigidire il confine tra me e la paziente. Da un lato la forte vicinanza emotiva con lei e la sensibilità data dal momento personale che sto vivendo, dall'altro la paura di non riuscire a sostenere il carico emotivo della stessa potrebbe far nascere in me l'esigenza di difendermi. Tutto questo mi fa sentire inadeguata, il terapeuta inadatto per la paziente.

Tuttavia, il tema del confine e quello del senso di inefficienza sono stati ripresi ripetutamente durante le sedute di supervisione con la Prof.ssa Celia e mai, come in questo caso, ho ricordato le parole della stessa che mi esortavano a continuare il mio lavoro poiché vedeva da parte mia un impegno "onesto". Pertanto, se è vero che il peso della storia di C. poteva essere un limite poiché simile alla mia, è anche vero che la stessa similitudine poteva esserne risorsa proprio perché avevo già affrontato il processo di trasformazione di quel dolore grazie al percorso di psicoterapia e di analisi personale durante gli anni della scuola di specializzazione. Con questa paziente non mi è stato possibile nascondermi dietro la tecnica, e mi è stato chiaro fin da subito che non avrei potuto accompagnarla alla fine di questo percorso senza essere coinvolta totalmente nella relazione terapeutica con un senso di responsabilità differente rispetto a quello utilizzato nei casi precedenti. La seduta dove abbiamo affrontato la ri-narrazione del giorno in cui la ragazza ha scoperto di aver perso il padre è stata per me particolarmente difficile. La mia paura era quella di non riuscire a sostenere né l'emotività della paziente né la mia nella possibilità di rivivere gli echi della sua stessa perdita. Durante la narrazione ho ricordato anche io gli effetti di quella separazione improvvisa e il senso di smarrimento, ho provato tenerezza per la paziente ma anche per me stessa. La paura nel non essere all'altezza del compito è stata completamente sostituita da questi sentimenti più "accoglienti" e diretti verso il benessere della paziente stessa. Così come per C., l'evento più traumatico e doloroso della mia vita ha deviato il corso della mia evoluzione e se è vero che "Su di un cerchio ogni punto d'inizio può anche essere un punto di fine." (Eraclito), l'inizio e la conclusione del lavoro terapeutico svolto con lei rappresenta inizio e fine di questo mio nuovo cammino.



Riferimenti bibliografici

Cagnoni F, Milanese R. (2009), Cambiare il passato. Superare le esperienze traumatiche con la terapia strategica, Ponte alle Grazie, Milano

Celia G. (2016), La psicoterapia strategico-integrata. L'evoluzione dell'intervento clinico breve. Franco Angeli Editore, Milano.

Celia G. (2020), Prontuario di strategie terapeutiche. Esercizi e prescrizioni per sciogliere nodi psicologici in breve tempo, FrancoAngeli, Milano.

Secci E.M. (2005), Manuale di psicoterapia strategica, Edizioni Carlo Amore, Roma.

Van Der Kolk B. A. (2014). Il corpo accusa il colpo. Mente, corpo e cervello nell'elaborazione delle memorie traumatiche, Raffaello Cortina Editore, Milano

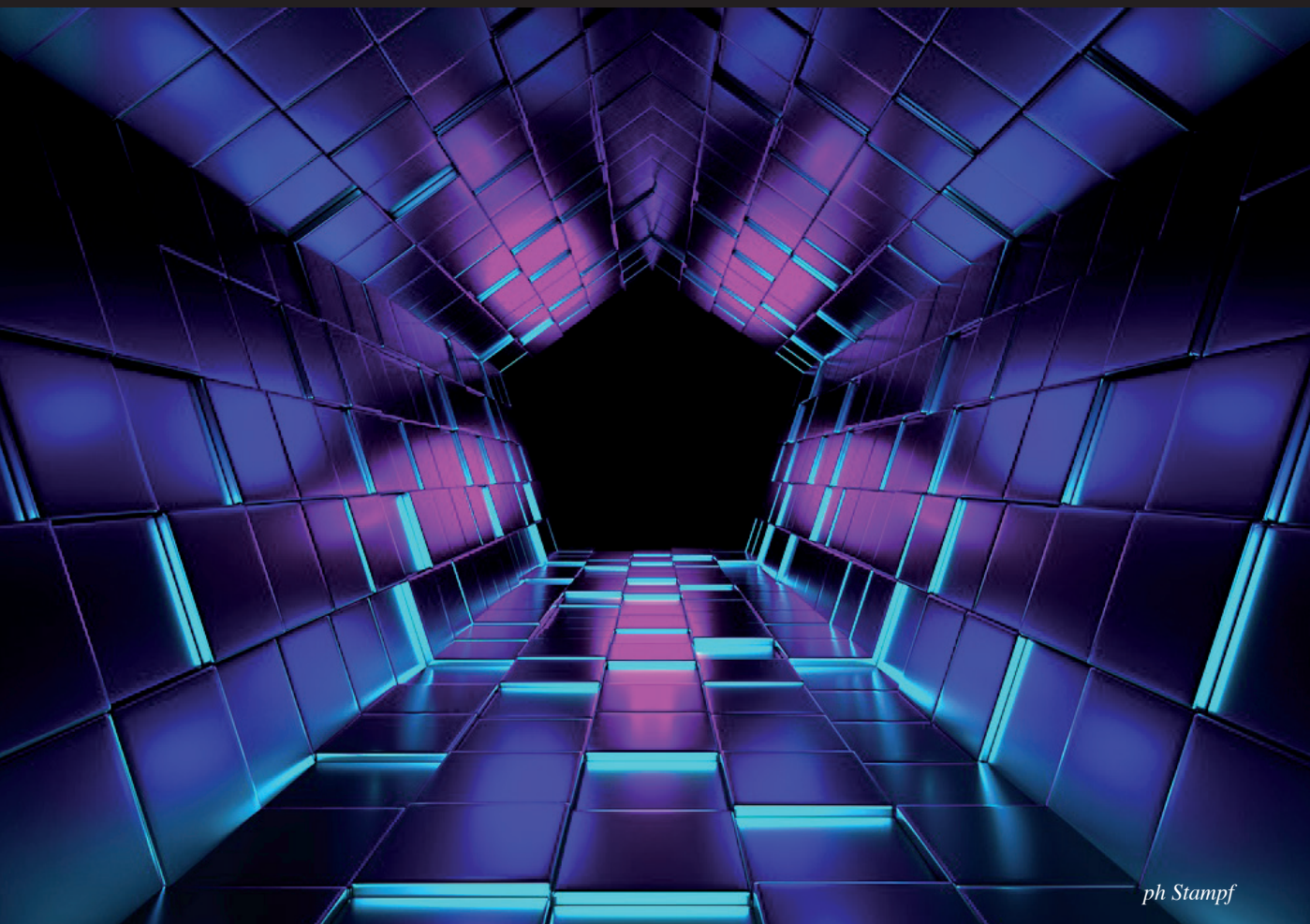
Watzlawick P., Nardone G. (a cura di) (1997), Terapia breve strategica, Raffaello Cortina editore, Milano.

Zaccagnino M. (2020), Terapia EMDR. Attaccamento, concettualizzazione del caso e lavoro con le parti del Sé, Erikson, Roma



Claudia Cappuccio

Psicologa e psicoterapeuta





Un progetto educativo completo per tutte le fasce di età e tutti i cicli scolastici,
in un unico Complesso, a Roma, quartiere EUR.

Iscrizioni ai corsi di studio

Cerchi informazioni su scadenze e modalità di iscrizione alle scuole dell'Istituto Seraphicum?

[SCOPRI DI PIÙ](#)

LE SCUOLE

Infanzia 0-6 anni
Scuola Bilingue



[SCOPRI DI PIÙ](#)

Scuola Primaria
Bilingue Paritaria



[SCOPRI DI PIÙ](#)

Scuola Secondaria
di Primo Grado Paritaria



[SCOPRI DI PIÙ](#)

Scuola Secondaria
di Secondo Grado Paritaria



[SCOPRI DI PIÙ](#)

SCUP SIS

SCUOLA DI PSICOTERAPIA
STRATEGICA INTEGRATA

COMPLESSO SCOLASTICO
SERAPHICUM



Corso di specializzazione post-laurea in psicoterapia

OBIETTIVI

La scuola ha come obiettivo la formazione teorico-pratica sul metodo di **"Psicoterapia strategica"** nella sua forma più moderna: quella integrata. Questo innovativo metodo di applicazione parte da un presupposto di integrazione e flessibilità. Integra fra loro gli indirizzi metodologici poststrutturalisti di terapia breve con altri approcci di terapia:

- l'approccio di terapia breve focalizzato sulle soluzioni
- l'approccio psicodinamico
- l'approccio narrativo
- l'approccio sistemico-relazionale
- l'approccio costruzionista
- l'approccio cognitivo-comportamentale
- le neuroscienze

Questa impostazione dà l'opportunità allo psicoterapeuta di scegliere la strategia di lavoro migliore per raggiungere, nella maniera più efficace, la risoluzione dei problemi che i clienti portano ed evita, inoltre, le classiche rigidità di setting (Watzlawick, et al., 1997).

Questo modello consente di lavorare con: l'individuo, la coppia, la famiglia, i gruppi e in diversi contesti applicativi (organizzativo, giuridico, educativo, riabilitativo, ecc.).

ISCRIZIONE

I candidati devono inoltrare domanda di ammissione al Direttore della scuola entro il **15 Dicembre** con allegato:

- certificato di laurea
- il curriculum didattico e professionale
- tre foto formato tessera
- ricevuta di versamento della quota per iscrizione di € 500,00.

Le iscrizioni si chiuderanno al raggiungimento del numero massimo di iscritti e comunque non oltre il termine ultimo, fissato al 15 dicembre.

La quota di iscrizione sarà restituita in caso di non ammissione alla scuola.

PROGRAMMA FORMATIVO

Il programma di formazione ha durata quadriennale, per un monte ore complessivo di 2000 ore. Il monte ore è ripartito per ogni anno accademico in 500 ore, di cui:

- **231 ore di teoria;**
- **150 ore di tirocinio in strutture pubbliche e private.**
- **119 ore di formazione teorico-pratiche così suddivise:**
 - 19 ore di gruppo esperienziale**
 - 65 ore di ricerca;**
 - 35 ore di psicoterapia o di supervisione**





**ANNO
ACCADEMICO
2021/2022**

DOCENTI ORDINARI

GARANTE SCUPSPIS Prof. Anna Maria Giannini

Professore Ordinario di Psicologia generale, Direttore del Laboratorio di Psicologia Sperimentale Applicata, Presidente del Corso di Laurea Magistrale in Psicologia Applicata ai contesti della salute, del lavoro e giuridico-forense presso l'Università La Sapienza di Roma, Psicologa, Psicoterapeuta, ha conseguito il titolo di Dottore di Ricerca in Psicologia.

Prof. Giovanna Celia (PhD, Psicologa, Psicoterapeuta, Direttore Didattico della SCUPSPIS, Ricercatrice in Psicologia Dinamica e Docente di Psicologia Dinamica e Psicodinamica dei Gruppi presso l'Università di Foggia, Responsabile del servizio di Counseling Psicologico dell'Ateneo di Foggia, Direttore della rivista scientifica, Psicologia e Psicoterapia oggi, Presidente della Società Italiana di Psicoterapia Integrata e Strategica SIPIS)

Prof. Mauro Cozzolino (professore associato in Psicologia Clinica e Direttore dell'Osservatorio sul benessere psicologico presso l'Università di Salerno, Presidente del Corso di Laurea Magistrale in Psicologia di comunità per i contesti formativi, per il benessere e per lo sport presso l'Università di Salerno, Presidente del Comitato Scientifico della SCUPSPIS, Vicepresidente della Società Italiana di Psicoterapia Integrata e Strategica SIPIS)

Dr. Paola Matteucci (Psicologa, Psicoterapeuta, Sessuologa Clinica, Terapeuta EMDR, Direttore Scientifico e Docente del Master in Sessuologia Clinica, presso il Centro Italiano Formazione, Ricerca e Clinica in medicina e psicologia di Napoli)

Dr. Sara Velardi (Psicologa forense, Psicoterapeuta, Giudice ordinario al Tribunale per i minorenni di Messina)

Dr. Giovanni Saladino (Psichiatra, Psicoterapeuta, Sessuologo Dirigente ASL Caserta)

Dr. Annamaria Casale (Psicologa, Psicoterapeuta)

Dr. Maria Grazia Scribano (Psicologa, Psicoterapeuta - Giudice onorario al Tribunale dei Minorenni di Roma)

Prof. Marco Innamorati (Psicologo, Psicoterapeuta, Professore associato di Psicologia dinamica presso l'Università di Roma "Tor Vergata")

Dr. Simona Abate (Psicologa-Psicoterapeuta, Ospedale Sant. Andrea, Università La Sapienza di Roma)

Dr. Paolino Cantalupo (Psichiatra, Psicoterapeuta)

Dr. Teresa Basile (Psicologa, Psicoterapeuta)

Dr. Flaminia Cappellano (Psicologa, Psicoterapeuta, Vicepresidente dell'Associazione di promozione sociale Pronto Soccorso per le Famiglie APS)

Dr.ssa Simona Pierini (Psicologa, Psicoterapeuta, Terapeuta EMDR)

Dr.ssa Marta Podda (PhD, Psicologa, Psicoterapeuta, Terapeuta EMDR)

Dr. Cristina Mazza (Psicologa, Psicoterapeuta)

Dr. Massimo Cotroneo (PhD, Psicologo, Psicoterapeuta)

Dr. Mariagrazia Graziano (Psicologa, Psicoterapeuta)

DOCENTI STRAORDINARI

Prof. Giorgio Nardone

(Psicoterapeuta – Centro di Terapia Strategica di Arezzo)

Dr. Roxanne Erickson

(PhD, Co-Fondatrice e vice presidente della Milton Erickson Foundation)

Prof. Roger Solomon

(Ph. D, membro anziano dell'EMDR Institute, consulente del Senato USA, della NASA e di varie forze dell'ordine statunitensi, collabora con la Direzione Centrale di Sanità della Polizia di Stato italiana)

Prof. Pompili Maurizio

(PhD, Direttore del Centro di prevenzione del suicidio dell'Ospedale Sant. Andrea, Università La Sapienza di Roma)

Dr. Bart Walsh

(PhD, Direttore dell'Istituto Milton Erickson di Portland, USA)

Dr. Kathryn Lane Rossi

(PhD, Psicoterapeuta, California, USA).



DALL'ABUSO

AL CORAGGIO DI ESSERE FELICI

di Ivonne Carosi Arcangeli

Abstract

The work here presented consists in the analysis of a clinical case treated with the method of integrated strategic psychotherapy. The case of M. is analyzed taking into consideration the therapeutic process with a focus on the techniques and tools used to promote change, to achieve the desired goals, and consolidate the new balance attained during the process. In particular, the important role played by prescriptions in the change process is shown, and how they represent real turning points to open channels, to overcome the patient's resistance and thus to be able to go through a traumatic experience and transform it from abuse to the courage to be happy.

Abstract

Il lavoro presentato consiste nell'analisi di un caso clinico trattato con il metodo della psicoterapia strategico integrata. Viene analizzato il caso di M., prendendo in considerazione il processo terapeutico con un focus sulle tecniche e gli strumenti utilizzati per promuovere il cambiamento, raggiungere gli obiettivi desiderati e consolidare il nuovo equilibrio raggiunto durante il processo. In particolare, viene mostrato l'importante ruolo svolto dalle prescrizioni nel processo di cambiamento, di come rappresentino dei veri e propri punti di svolta per aprire canali, per superare le resistenze del paziente e per permettere così di attraversare un'esperienza traumatica e trasformarla. Nel caso specifico di M., l'esperienza trasformata è quella dell'abuso al coraggio di essere felici.

M. è un ragazzo di 32 anni iscritto al secondo anno di scienze infermieristiche. Ha perso la madre circa due anni dopo la sua nascita e, a distanza di poco tempo, è stato mandato in collegio insieme alle due sorelle più piccole, poiché il padre, alcolista, non era in grado di prendersene cura. La prima struttura ad accoglierlo si trovava nel suo territorio nativo, ma poco tempo dopo M. è stato trasferito in una diversa regione italiana e non è tornato per molto tempo nel luogo di nascita. A 18 anni è uscito dalla struttura e ha trovato dei piccoli lavori. Nel frattempo, ha incontrato una ragazza con cui ha fatto amicizia e di cui si è infatuato. Quando ha confessato i suoi sentimenti, non essendo ricambiato, M. ha perso per volere di lei anche il rapporto di amicizia. Successivamente, M. ha richiesto supporto poiché presentava crisi d'ansia durante lo svolgimento degli esami universitari, che lo portavano ad un blocco nell'esposizione e al successivo mancato raggiungimento del risultato. Inoltre, M. aveva una difficoltà importante nel sonno e pensieri ricorrenti che riconosceva come invadenti riguardo la ragazza con cui aveva chiuso questa amicizia. I colloqui si sono svolti presso il "Servizio di Psicologia Ospedaliera" dell'attuale territorio di residenza di M. e il percorso è stato caratterizzato da 8 sedute di psicoterapia, come previsto dal protocollo. M. accede al Servizio

di Psicologia Ospedaliera su suggerimento del Medico Competente, rimasto colpito dalla sua storia di vita e dalle difficoltà nel sostenere gli esami. Dopo la richiesta di psicoterapia, M. viene contattato telefonicamente dal terapeuta e riporta le sue motivazioni. Il terapeuta informa M. che le sedute avranno un limite di otto incontri. M. è sollevato da questa limitazione e preferisce concentrarsi su situazioni specifiche.

Il primo colloquio in chiave strategico-integrata

M. arriva puntuale. Quando la terapeuta esce dalla stanza per chiamarlo, lo trova in sala d'attesa. La terapeuta riprende il contatto riformulando la richiesta che M. ha fatto durante il colloquio telefonico. Racconta che il periodo di lockdown legato alla pandemia e, quindi, l'isolamento che ne è conseguito ha fatto riaffiorare in lui il pensiero ricorrente di una ragazza conosciuta circa 15 anni prima. Riferisce che nei momenti in cui si sente giù e pensa di non farcela, ripensa a lei per tranquillizzarsi, ma ora lo percepisce come un pensiero invadente e intrusivo. Di lei riporta: "Mi ha colpito la sua normalità". Quando la terapeuta chiede cosa intenda per normalità e come mai ne sia stato così colpito, M. inizia a raccontare la sua storia personale.

M. inizia la sua narrazione partendo dalla morte del padre, risalente a circa otto anni prima, per cirrosi epatica legata all'abuso di alcol iniziato dopo la morte della moglie. Nell'ultimo periodo di malattia, M. viene a conoscenza del fatto che il padre non è il vero padre biologico. Ha cercato il vero padre biologico da cui non ha "preteso" nessun legame affettivo ma solo di sapere se soffrisse di qualche patologia specifica per cui fosse necessario fare terapia preventiva. Insieme a questo, scopre anche di avere un'altra sorella. "Ho perdonato tutti e tre per questo", aggiunge M. riferendosi sia alla madre che ai due padri. Ci tiene ad aggiungere che odia bere e che anche a un suo fratello bevitore è stata diagnosticata la cirrosi epatica. Del fratello riporta le continue accuse mosse nei suoi confronti riguardo la morte della madre, in quanto tale perdita avviene poco dopo la sua nascita. M. per diverso tempo è stato convinto di essere la causa della morte della madre finché non viene a conoscenza del fatto che la morte è sopraggiunta a seguito di un tumore maligno al collo dell'utero. Riporta, inoltre, la sensazione di rabbia di fronte alla tomba della madre. Quando gli viene chiesto cosa lo fa sentire arrabbiato in quella circostanza, riferisce che, secondo lui, la madre non si è presa abbastanza cura di sé durante la malattia. Se non ci fosse stata questa non curanza, questa superficialità, le cose sarebbero andate diversamente e lui non avrebbe dovuto vivere tutto quello che ha vissuto. Aggiunge, inoltre, che questa rabbia passa subito, che non si arrabbia mai perché non gli piace.

Quando viene invitato a riflettere sulle motivazioni che lo spingono ad evitare di concedersi l'emozione della rabbia, M. risponde: "Evito la rabbia perché non voglio diventare come le persone che mi hanno fatto male". Esplora così i contesti o le situazioni in cui si arrabbia, che tendenzialmente sono situazioni di discussioni "pour parler" (politica, no vax, etc.). Non si arrabbia per paura di far rimanere male gli altri, la sua rabbia diventa sempre senso di colpa: "Se potevo fare di più", si sente responsabile di tutto e tutti. Porta con sé anche un forte senso di colpa per non aver fatto abbastanza per il papà, aggiungendo: "Anche se ancora non studiavo queste cose".

La terapeuta rimanda la sensazione che le arriva, sottolineando la forza che ha nel sostenerlo e chiede: "Come scegli di diventare infermiere?". A questa domanda, M. fa un bel respiro, si

solleva leggermente, protende il busto in avanti e risponde: “Voglio diventare la figura di supporto che io non ho mai avuto”. Riferisce che sente di voler fare questo nella vita, ma ogni volta che si trova in sede di esame, durante l’esposizione, è preso da una sensazione di ansia e agitazione, si blocca, sente una morsa allo stomaco e non riesce a parlare. Indagando se questa sensazione si presenta ad ogni esame o se ci sono situazioni in cui non capita, emerge che la reazione di M. all’esame è strettamente legata alla persona che ha davanti, al docente, riportando che si verifica quando si sente “attaccato”. La terapeuta chiede di spiegarle cosa lo fa sentire attaccato, che intende per attacco e M. riferisce di associarlo ad una voce dura, non comprensiva, che non concede possibilità. La risposta colpisce molto la terapeuta che chiede se è una modalità che ha già riscontrato in altri momenti della vita. La sua risposta: “In collegio tra i cinque e i 13 anni”. Si apre così un altro capitolo importante della vita di M. infatti, descrive una struttura con un’impostazione quasi militare, con punizioni fisiche da parte delle suore, prepotenze dalle ragazze più grandi e vessazioni di stampo razzista (riporta di averle subite in quanto, pur essendo italiano, ha la pelle mulatta e veniva discriminato per questo), e riferisce che quando si sente attaccato si blocca, si chiude in sé.

Dopo i tredici anni, viene stabilito che sia lui che le sorelle possono rientrare presso la casa paterna, ma negli anni successivi sarà solo lui che si occuperà della malattia del padre, perché il resto della famiglia dirà di essere impegnato tra figli e lavoro. M. inizia ad uscire spesso ed è proprio in questo periodo che conosce questa ragazza (fino a questo momento non ha mai pronunciato il suo nome) a cui si lega particolarmente, affascinato dalla sua vita familiare “normale”. Al termine di questo primo colloquio, vengono definiti insieme alla terapeuta gli obiettivi che, come emerso durante la seduta, nello specifico sono:

- gestione dell’ansia legata agli esami
- superare i pensieri intrusivi e ricorrenti legati a questa ragazza.

La seduta si conclude esplicitando la cadenza settimanale degli incontri e ricordando che si prospetteranno otto sedute, al termine delle quali il percorso terapeutico sarà concluso. A quest’ultima affermazione, come già avvenuto durante la telefonata, M. sottolinea nuovamente il sollievo nell’aver “solo” otto sedute, perché ribadisce: “ci sono cose di cui non voglio parlare”. Viene infine fissato un appuntamento per la settimana successiva.

La seconda seduta e la prescrizione della pagella

M. è di nuovo puntuale. Quando si siede, ci tiene a comunicare che la sua settimana è andata molto bene e aggiunge che sta frequentando una ragazza “che porta lo stesso nome della persona a cui penso spesso”. Poi, d’improvviso, interrompe la narrazione, prende fiato e, dopo aver fatto un sospiro, dice: “Si chiama Camilla”. La terapeuta rimanda la sensazione di liberazione che le arriva dopo aver pronunciato questo nome e M. conferma di sentirsi più libero nell’averlo detto. Aggiunge di non pronunciarlo mai nemmeno con gli amici e le amiche perché le sembra irrispettoso parlare di una persona che non vuole sapere nulla di lui. Riporta molta attenzione e sensibilità verso l’altro e quando viene chiesto quanta di questa attenzione, di questa cura, ha dedicato a sé. M. si blocca, si commuove e poi aggiunge: “Mi sono odiato tanto come persona. C’è stata una fase della mia vita in cui ho pensato ‘mi addormento e via’. Ma sono troppo vigliacco per una cosa del genere”. Subito dopo, associa il ricordo alla sua amica Camilla, riportando: “È stata una salvezza. Lei ha tirato fuori il mio lato buono”. Al termine di questo colloquio, la terapeuta assegna la prescrizione della pagella da svolgere nei giorni successivi alla seduta fino al prossimo incontro. Suddetta prescrizione viene assegnata

a persone con bassa autostima, bassa introspezione e autoriflessione, svalutazione dei successi e stima esagerata degli errori, bassa integrazione tra aspetti emotivi e cognitivi. La prescrizione usa il paradosso per rompere lo schema del fallimento e di colpa totale, insegna a collegare l'insuccesso a un premio, interrompendo il circolo della punizione. Si chiede al paziente di acquistare un quadernino della forma e del colore che meglio associa alla sua personalità. "Io voglio che da qui alla prossima settimana ogni giorno attribuisca un voto a sé stesso e alla sua giornata, specificando la motivazione del voto attribuito e la data, l'ora e il luogo".

“Può decidere il voto in base ad aspetti emotivi (oggi mi sento...) o concreti (perché ho cucinato bene...). Se il voto è sufficiente (>6), a fianco del voto e della motivazione, metterà un motto (es. il coraggio è dei forti). Se il voto è insufficiente (<6), accanto al voto e alla motivazione dovrà scrivere un'esortazione a sé stesso (es. domani andrà meglio) e poi dovrà farsi un regalo concreto o simbolico, purché sia gratificante. Lei crede di poter fare questo?” (Celia, 2016). In sostanza, si crea una nuova associazione per cui bisogna essere buoni con sé stessi proprio quando le cose vanno male. Dopo aver terminato la consegna, prima di salutare e fissare l'incontro successivo, M. ci tiene a sottolineare che è una persona che "rispetta sempre i compiti che gli vengono dati".

La seduta dopo la prescrizione

Nell'incontro successivo, quando M. si siede, la terapeuta chiede se ha svolto la prescrizione assegnata la volta precedente. M. riporta di non aver svolto la prescrizione in quanto non è riuscito a darsi un voto. Poi prosegue raccontando le sue giornate e aggiunge di aver incontrato Camilla con la quale vorrebbe parlare ma ha la sensazione di essere invadente. Lasciando solo per un momento in sospenso una domanda di approfondimento legata al non aver eseguito la prescrizione, la terapeuta chiede se in altri momenti gli è capitato di sentirsi in quel modo, di troppo.

"C'è una cosa che non le ho detto, io ho fatto tante indagini su mia madre, da una mia sorella ho scoperto che voleva abortire, io quindi non dovevo nascere, così iniziai a pensare che forse anche tutte le cose che mi diceva mio fratello fossero vere. Poi studiando ho scoperto che la gravidanza non provoca i tumori dell'utero". Si riflette su questo sentirsi di fastidio, di "non essere mai giusto al posto giusto", e la terapeuta lo riporta alla difficoltà avuta nel darsi quindi un voto; a questo rimando M. aggiunge: "In realtà il primo giorno l'ho fatto e mi sono dato anche un bel voto, poi il giorno dopo era un bel voto come quello precedente e ho lasciato perdere". Sottolineando l'interesse verso questa affermazione del lasciar perdere "perché mi sono dato un bel voto" ed esplorando le sensazioni che lo portano a fare questo, emerge che quello che ha impedito lo svolgimento della prescrizione era che "stavo mettendo la mia felicità nero su bianco, e io ho paura di essere felice perché temo che poi possa perderla. Invece, se non mi aspetto nulla, non resto deluso. Tanto nemmeno dovevo nascere".

La terapeuta rimanda la sensazione che le arriva di essere sempre in debito con la vita e che, per quello che può contare, sarebbe molto felice se lui decidesse di avere una vita migliore, se iniziasse a prendere ciò che gli spetta. M. si commuove, abbassa per un attimo lo sguardo, poi lo alza, guarda la terapeuta e le fa un sorriso. Ricambiando il sorriso, termina qui la seduta fissando un nuovo appuntamento per la settimana successiva

Dal video "il coraggio di essere felici" al racconto dell'abuso

L'incontro successivo, M. è sempre puntuale e appena si siede, la terapeuta spiega che inizierà la seduta utilizzando il canale visivo mostrandogli quindi un video intitolato "Il coraggio di essere felici" (Giovanna Celia, TEDx 2019). Nel video la dott.ssa Celia spiega con una lezione magistrale il concetto di felicità esplicitando alcuni aspetti importanti dell'essere felici.

In primo luogo, spiega come "l'essere felici" non sia una volontà di tutti e non solo, ma anche come non tutte le persone che dicono di voler essere felici poi facciano le cose giuste per esserlo. La dott.ssa Celia ci spiega come la nostra felicità sia influenzata da tre fattori principali: "la percezione della nostra felicità è influenzata per il 50% da ciò che ci arriva in eredità dalla nostra famiglia, per il 10% è influenzata dalle circostanze della nostra vita, mentre il terzo fattore che la influenza per il 40% è costituito da aspetti che sono sotto il nostro controllo, legati alle nostre scelte (se riusciamo a fare pace con il nostro passato che ci fa male, a costruire relazioni positive, a stare in contesti positivi, a nutrire pensieri positivi, ad essere ottimisti)."

Nonostante l'individuo conosca i benefici, provati scientificamente, legati al provare un'emozione positiva, continua a non essere felice. Quindi ci si trova di fronte al quesito su "cosa ci serve per essere felici?": non è la conoscenza, quella non basta, non trasforma le cose. Ciò che trasforma le cose è qualcosa che attraversa le nostre emozioni, che ci passa dentro in modo profondo e quindi ci cambia, ci aiuta ad avere una prospettiva differente. Per farlo, dobbiamo avere un'idea di ciò che ognuno di noi vuole per essere felice. La prima domanda che dobbiamo porci è "Che cosa mi serve in questo momento della mia vita per sentirmi veramente felice?"

Ognuno di noi ha la propria felicità, la propria felicità di quel momento. Pertanto, dovremmo chiederci in quel momento cosa ci serve, imparando a realizzare che le cose che ci rendevano felici in passato non necessariamente ci renderanno felici in questo momento, né tanto meno ci renderanno felici domani. Inoltre, le cose che ci rendono felici non necessariamente renderanno felici qualcun altro. È un compito che spetta ad ognuno di noi ma per farlo bisogna innanzitutto crederci. Dobbiamo poter credere nella felicità per sentirne la presenza, non basta desiderarla.

Ci sono molte cose che ci ostacolano nel raggiungimento della felicità. Per esempio, molte paure; una paura che assilla gli esseri umani è quella di deludere le aspettative degli altri o la paura del giudizio degli altri. Oppure ancora, la difficoltà di appartenere a una minoranza, perché se siamo felici saremo sempre meno di quelli che sono infelici. Quindi abbiamo bisogno di un elemento che ci aiuti a superare questi ostacoli e ad andare incontro alla felicità, e questo elemento è il coraggio. Ma che coraggio ci vuole per essere felici? Che tipo di coraggio?

Per illustrarlo, nel video vengono presentate due versioni di una stessa storia. Nella prima versione, vi è un'idea di coraggio legata al concetto di invulnerabilità; il coraggio come assenza di paura, il coraggio come potenza assoluta, il coraggio di chi non accetta di avere limiti, affanni, paure; il coraggio di chi crede di non avere bisogno dell'aiuto di nessuno, mai. Nella seconda versione, vi è un'idea di coraggio diverso; il coraggio di chi accetta i limiti, di chi può tollerare l'impotenza, di chi ha la forza di resistere, la possibilità di avere una chance, di chi accetta l'aiuto degli altri quando evidentemente non può fare diversamente e resiste.

Dunque, con questo è possibile affermare che il coraggio di essere felici presuppone l'idea che la felicità non sia soltanto un evento benevolo e fortuito, ma sia la capacità di superare le difficoltà, di affrontare le cadute, di accettare anche le proprie fragilità e di andare incontro ai problemi in modo ottimistico e positivo. La felicità è la capacità di godersi la fatica nel trovare una soluzione, non soltanto la soluzione, ma tutto il percorso, tutto il viaggio, non l'assenza di problemi. La felicità è tutto il processo, è la capacità di godersi tutto lo sforzo e di pensare che al di là di quella felicità c'è un momento meraviglioso per me.

Durante la visione del video, M. cambia il respiro che diventa più profondo e si commuove; al termine della visione M. non dice nulla. La terapeuta lascia che M. si prenda questo momento, che si ascolti. Rimane per un po' in silenzio ma è un silenzio assordante, carico di emozioni. Poi M. interrompe il silenzio dicendo: "Certo con il fattore famiglia parto già svantaggiato, però c'è tutta l'altra parte, quella che riguarda la mia scelta che non ho mai considerato; probabilmente alla domanda su quale è il coraggio relativo alle due storie raccontate, avrei detto quello del primo tizio". Fa un sospiro e aggiunge: "Ma sento che il coraggio è l'altro, quello di chi sa riconoscere le proprie debolezze, che sa fare tesoro anche del dolore passato".

Per il resto della seduta, vengono fatte riflessioni su come questo essere felice sia una scelta personale nonostante il passato e su quanto sia importante la responsabilità di scegliere di essere felice, nonostante tutto. Alla domanda "Che cosa mi serve in questo momento della mia vita per sentirmi veramente felice?", M. di getto risponde: "Io voglio quella divisa" (riferendosi alla divisa da infermiere).

Dopo sette giorni, M. è di nuovo in sala d'attesa puntuale. Non appena si siede riporta di aver sostenuto due esami nei giorni precedenti e di averli affrontati con maggiore sicurezza e tranquillità. Aggiunge di aver pensato a Camilla in modo diverso e con meno frequenza. Viene fatta una riflessione su questo cambiamento che M. ha percepito e la terapeuta lo invita, sulla base di questa nuova visione della figura di Camilla, a riflettere e riportarle la sua visione della relazione uomo-donna. Poi succede qualcosa: M. si protende in avanti e, con voce chiara e sicura, dice: "Sento il bisogno di raccontarle una cosa". A sette anni mentre era in collegio M. ha subito abusi da una ragazza di vent'anni, abusi che si sono protratti per tutto il tempo di permanenza della ragazza in collegio. "Giocava con me", queste sono le parole che usa per descriverlo. Riferisce la sensazione di sentirsi sporco, sbagliato, in difetto. Nel tempo M. ha continuato a sentirsi sbagliato e lo fa capire anche in seduta quando, dopo aver raccontato l'abuso, conclude con "Probabilmente lei adesso penserà male di me". Poi, alzando lo sguardo verso la terapeuta, accenna un sorriso e aggiunge: "O forse no".

Questo è un momento importante, un momento in cui è chiaro ed evidente quanto sia potente la relazione terapeutica, l'alleanza. Sono punti cardine della psicoterapia e in particolare del modello strategico integrato che dà al paziente un ruolo fondamentale all'interno della terapia e di questa relazione. M. esterna, inoltre, di essere sempre stato convinto che un rapporto affettivo uomo-donna fosse come quello di tipo abusante, come il primo e fino a quel momento l'unico che aveva sperimentato. Questo lo porta a riflettere sulla figura di Camilla e a riconoscere che questo forte legame, questa importanza, questa idealizzazione è legata al fatto che lei incarna la prima persona ad avergli mostrato per la prima volta cosa fosse in realtà una relazione affettiva.

Ecco la potenza delle prescrizioni, ecco la potenza di far sperimentare al paziente "sentendo", immergendosi nelle emozioni, seppur dolorose, ma potenti, chiarificatrici e trasformatrici. M. già dal primo colloquio, fondamentale nel modello strategico integrato, aveva iniziato un

percorso introspettivo. Passando per la prima prescrizione, sino ad arrivare al momento della visione del video, il suo non verbale quel giorno, come già descritto, lasciava trasparire un momento particolare, la percezione che qualcosa stesse cambiando, si stesse muovendo.

M. oggi, dopo oltre vent'anni, parla dell'abuso. Riesce a farlo, riesce a sentire le sue emozioni, riesce a non evitarle, e lo fa in terapia.

Sedute successive e conclusione della terapia:

Negli incontri successivi, M. arriva sempre molto solare e sereno. Racconta di aver iniziato il tirocinio e di essere felice di "toccare con mano" per la prima volta il lavoro che vorrà fare per tutta la vita. Riporta di dormire meglio, di avere un sonno tranquillo, di avere meno incubi, e riferisce di riuscire a vedere Camilla in modo "normale", non idealizzato, come una persona importante a cui ha voluto e vuole bene ma che non ha il potere di totalizzare la sua esistenza, le sue scelte, la sua felicità.

M. riferisce con estrema convinzione di sentirsi pronto ad avere il coraggio di essere felice, pronto ad accettare le sue fragilità, ad affrontare le difficoltà ma soprattutto a godersi le cose belle che stanno accadendo intorno a lui, il suo percorso universitario e professionale e la sua nuova relazione. Nel resto delle sedute vengono quindi sperimentate le nuove modalità di interazione di M. e le nuove soluzioni costruite in terapia, concentrandosi sui cambiamenti avvenuti e riconoscendo l'impegno di M. nel raggiungimento degli obiettivi, e consolidando quindi i risultati raggiunti.

Conclusioni

Il percorso di M. è iniziato con una resistenza, come da lui espresso, nel trattare all'interno del processo terapeutico alcune esperienze della sua vita. Questo caso racchiude nel suo breve percorso tutte le fasi fondamentali del processo strategico-integrato, mostrando come attraverso il rapport, l'utilizzo di tecniche cucite sul paziente e il lavoro sul qui e ora, sia possibile arrivare ad un cambiamento importante.

M. ha concluso la terapia sereno, sicuro di voler raggiungere i propri obiettivi di vita sia professionali che relazionali; ha terminato questo importante percorso trovando il coraggio di essere felice, di accettare e accettarsi, di essere pronto ad eventuali sfide che si troverà ad affrontare. Una delle paure di M. emerse durante il percorso, era di non avere la forza e il coraggio di proseguire il suo percorso formativo come infermiere qualora durante il suo tirocinio si fosse trovato ad assistere alla morte di un paziente ricoverato nel reparto dove prestava servizio. Viene sottolineata e riportata qui questa paura in quanto, circa cinque mesi dopo la chiusura del percorso terapeutico, M. invia un messaggio alla terapeuta per chiederle un colloquio telefonico. Ciò di cui aveva paura si era verificato: inizialmente M. sembra esporre l'accaduto come se la sua paura di mollare tutto dopo l'evento fosse lì dietro l'angolo poi, senza che la terapeuta aggiunga nulla, racconta quel momento, le sensazioni di paura e di impotenza. Terminato questo viaggio emotivo M. aggiunge: "Ho avuto paura, ma oggi so cosa voglio. Voglio essere un infermiere, scelgo ciò che mi rende felice. Questo. Anche se ci saranno momenti in cui avrò paura". Ecco, in terapia accade questo: accadono delle piccole, a volte impercettibili cose, che in realtà hanno una potenza enorme.

BIBLIOGRAFIA

- Bandler R., Grinder J. (1968) *La metamorfosi terapeutica*. Astrolabio, Roma
- Bandler R., Grinder J. (1975) *I modelli della tecnica ipnotica di Milton H. Erickson*. Astrolabio, Roma
- Celia G. (2014) *Il gruppo strategico-integrato. Teoria, metodi e strumenti per una conduzione efficace*. Franco Angeli, Milano
- Celia G. (2016) *L'approccio strategico integrato: l'evoluzione dell'intervento clinico breve*. Milano: Franco Angeli
- Celia G. (2020) *Prontuario di strategie terapeutiche: esercizi e prescrizioni per sciogliere nodi psicologici in breve tempo*. Franco Angeli, Milano
- Celia G., Cozzolino M. (2008) "Gli stili narrativi del gruppo come indicatori di cambiamento", estratto da *Quaderni del Dipartimento 2007-2008*, Università degli studi di Salerno, Pensa Editore, Lecce
- Cozzolino M. (2008) *Le strategie comunicative. Soluzioni per problemi relazionali e professionali*. Edizioni Carlo Amore, Roma
- Erickson M.H. (1983) *La mia voce ti accompagnerà. I racconti didattici di Milton H. Erickson*, a cura di Sidney Rosen. Astrolabio, Roma
- Gulotta G. (1997) *Lo psicoterapeuta stratega*, Franco Angeli, Milano
- Nardone G. (1991) *Suggestione, ristrutturazione, cambiamento: l'approccio strategico e costruttivista alla terapia breve*. Giuffrè, Milano
- Nardone G., Salvini A. (2004) *Il dialogo strategico*. Ponte alle Grazie, Firenze
- Nardone G., Watzlawick P. (1990) *L'arte del cambiamento, manuale di terapia strategica e ipnoterapia senza trance*, Ponte alle Grazie, Firenze
- Secci E.M. (2005) *Manuale di psicoterapia strategica*, Edizioni Carlo Amore, Roma
- Secci E.M. (2011) *Workshop "Tecniche di psicoterapia strategica"*, Scuola di psicoterapia Strategico-integrata, 16-27 Aprile 2011, Roma
- Semi A.A. (1995) *Tecnica del colloquio*. Raffaello Cortina, Milano
- Semi A.A. (2002) *Tecnica del colloquio*. Raffaello cortina, Milano
- Skorjanec B. (2000), *Il linguaggio della terapia breve*, Ponte alle Grazie, Firenze
- Telfener U. (1992) *La terapia come narrazione. Proposte cliniche*, in M. White. Astrolabio, Roma, 1994
- Watzlawick P., Nardone G. (2005) *Brief strategic Therapy*, Jason Arosn, Northvale, NJ
- Watzlawick P. (1976) *La realtà della realtà: confusione, disinformazione, comunicazione*. Astrolabio, Roma
- Watzlawick P. (1977) *Il linguaggio del cambiamento. Elementi di comunicazione terapeutica*. Feltrinelli, Milano

Riferimenti bibliografici

- Watzlawick P. (1980) Il linguaggio del cambiamento: elementi di comunicazione terapeutica. Feltrinelli, Milano
- Watzlawick P., Nardone G. (a cura di) (1997) Terapia breve strategica, Raffaello Cortina, Milano
- Watzlawick P., Beavin J.H., Jackson D.D (1961) Pragmatica della comunicazione umana. Studio dei modelli interattivi, delle patologie e dei paradossi. Astrolabio, Roma
- White M. (1992) La terapia come narrazione. Astrolabio, Roma



dott.ssa Ivonne Carosi Arcangeli
Psicologa-Psicoterapeuta
PhD student



**Un modello
di didattica
innovativa.**

Formare gli studenti per
far fronte alle sfide
del 21esimo secolo,
creativi e innovatori,
disponibili al cambiamento.



Digital Learning A.S.2020/2021
dotazione di un iPad ad ogni alunno iscritto.

**innovazione didattica
dalla primaria al liceo**

www.seraphicum.com

SCUP SIS

SCUOLA DI PSICOTERAPIA
STRATEGICA INTEGRATA

OPENDAY

ONLINE 2023

SABATO

tutor1@scupsis.org

6 MAGGIO* 9:30 - 11:00

VENERDÌ 23/06* 17:30-19:00 • **SABATO 15/07** 12:30-14:00

VENERDÌ 15/09* 17:30-19:00 • **VENERDÌ 13/10*** 17:30-19:00

SABATO 28/10* 10:00-11:30

* Condotti dalla Prof.ssa

Giovanna Celia

Direttore della SCUP SIS



MODALITÀ ONLINE
SU PIATTAFORMA GOOGLE MEET
La partecipazione all'openday
è gratuita previa prenotazione.

tutor1@scupsis.org

SCUP SIS
SCUOLA DI PSICOTERAPIA
STRATEGICA INTEGRATA
SERAPHICUM



Segreteria

Tel. (+39) 06 51 90 102

Fax (+39) 06 51 90 427

segreteria@scupsis.org

Via del Serafico, 3 00142 Roma
(zona EUR) - Metro Linea "B" - fermata Laurentina



“ Un saper fare senza sapere è culturalmente povero,
un saper senza saper fare è socialmente improduttivo,
ma il sapere ed il saper fare senza il saper essere
sono umanamente incompleti.

C.G. Zuccon ”



LICEI

LICEO SCIENTIFICO TRADIZIONALE

LICEO SCIENTIFICO SPORTIVO

LICEO LINGUISTICO

LICEO MUSICALE E COREUTICO

00142 Roma - Via del Serafico, 3 Tel. 06 51 90 102

info@seraphicum.com www.seraphicum.com

In Your Hands

Sostegno psicologico e psicoterapeutico
gratuito, online e in presenza,
rivolto a tutto il personale sanitario, a livello nazionale,
ed ai familiari delle vittime del Covid-19.



Orari e giorni accoglienza psicologica telefonica:
Lunedì, Mercoledì e Venerdì dalle ore 10:00 alle ore 13:00
Martedì e Giovedì dalle ore 16:00 alle ore 19:00

Tel: +39 06 86989183

progettoinyourhands@gmail.com

PICCOLE COSE DI VALORE NON QUANTIFICABILE

di Flavia Garau

Abstract

Il presente lavoro, nasce come elaborato finale della scuola di specializzazione in psicoterapia presso la SCUPSIS. Il caso scelto riguarda M., una donna con una complessa storia di vita, una famiglia d'origine che la paziente ha sperimentato come violenta e poco accudente ed un matrimonio che vive una fase di stallo ormai da tempo. La terapia di tipo esistenziale, è durata poco meno di un anno. Di fondamentale importanza per la buona riuscita del percorso, l'utilizzo delle prescrizioni, scelte ad hoc per il momento terapeutico vissuto e per le caratteristiche della paziente.

Abstract

The present work originated as a final paper from the graduate school of psychotherapy SCUPSIS. The case chosen concerns M., a woman with a complex life history, a native family that the patient experienced as abusive and unsupportive, and a marriage that has been at a standstill for some time. Existential therapy lasted just under a year. The use of prescriptions, chosen specifically for the therapeutic moment experienced and for the patient's characteristics, was of paramount importance for the success of the course.

Il primo contatto

Di solito, i pazienti che varcano la porta del nostro studio sono sconosciuti per noi, ma in questo caso non è stato così. Io ed M. ci conoscevamo già. Moltissimi anni fa, i nostri fidanzati dell'epoca, erano amici quindi era capitato di passare qualche serata insieme. Il primo contatto con M. avvenne tramite un messaggio su facebook, sul mio profilo personale, in cui mi chiedeva se ero disponibile a sentirci telefonicamente per un consiglio professionale. Riusciamo ad organizzarci per lo stesso pomeriggio. Quando ricevo la chiamata, subito M. mi dice che questa telefonata è per una sua carissima amica, che ha da poco vissuto un grave lutto familiare e che ha bisogno di un supporto psicologico. Come da mia prassi, le chiedo dunque di farmi contattare dalla sua amica per fissare un incontro. La sua voce è ferma, sicura, ho la sensazione che abbia la situazione sotto controllo. Solo verso i saluti finali mi chiede se, col fatto di esserci 'frequentate' per un po', potessi comunque seguirla come paziente. In questo momento della telefonata, la sua voce è tremante, quasi impaurita. Mi prendo un momento per riflettere. La mia paura più grande, soprattutto trovandomi all'inizio della mia professione, era di non riuscire ad avere quella giusta distanza che ti fa vedere la difficoltà dell'altra persona in una chiave terapeutica. Nel nostro approccio, infatti, esiste la

dimensione della **direttività** definibile come la “qualità e la quantità del potere espresso dal terapeuta nella relazione allo scopo di aiutare il paziente” (Celia,2016). A differenza di alcuni approcci in cui lo psicoterapeuta resta sempre “neutrale” rispetto agli accadimenti del suo paziente, nel nostro approccio il terapeuta si assume la responsabilità del percorso terapeutico del suo paziente in una relazione di tipo asimmetrico, nella quale il terapeuta occupa una posizione di one-up, grazie al suo potere di influenzare e condizionare l’altro e l’evoluzione del suo disturbo. Il terapeuta consapevole del suo ruolo, calibra e sceglie strategicamente il suo agito a seconda del caso, e diminuendo la direttività con l’accrescersi delle conquiste del paziente, fornendogli verso il termine del suo percorso terapeutico più spazio nella seduta diminuendo la potenza del suo intervento. Ma sicura della mia supervisione e della mia motivazione al lavoro, accetto di seguirla. Fissiamo dunque un primo colloquio di persona per la settimana successiva.

Il primo colloquio

M. è una donna di 35 anni. Ha già effettuato un percorso di psicoterapia a 17 anni, dopo aver tentato il suicidio con i farmaci. Racconta di sentirsi soddisfatta di questo precedente percorso di terapia, anche se dice di non aver poi fino in fondo trattato la sua difficoltà. Afferma, “ *alla terapeuta di prima, non ho detto proprio tutto tutto..*”. È una donna con caratteristiche di personalità borderline in quanto spesso presa di eccessi con alcool e con droghe leggere. È sposata dal 2014 con un uomo con cui ha una relazione di lunga durata. È una chef e ha lavorato in ristoranti stellati ed ha partecipato ad un noto cooking show televisivo, classificandosi al 3° posto. Mi racconta di avere un rapporto disfunzionale con il suo corpo e con il cibo; si vede infatti grassa e brutta, pur essendo molto esile e piacente nell’aspetto. Sempre ben sistemata, al primo colloquio appare impaurita e tremante. Mi colpisce specialmente, un continuo tremolio alle mani che lei attribuisce all’ansia che prova costantemente. Ha un fratello più grande con cui ha scarsissimi rapporti ed un modello familiare invischiato ed invischiante. Per tutta la durata del colloquio la voce è tremolante e molto bassa, proprio come nel primo contatto telefonico. Utilizza lo spazio terapeutico per ‘vomitare’ tutta la sua frustrazione e la sua preoccupazione per il disagio che sta vivendo in quel momento. Durante il suo racconto, ho la sensazione che si percepisca come artefice e causa di ogni difficoltà che la vita le ha presentato e le rimando che credo sia importante per lei capire quali siano le sue risorse e come nel corso del tempo abbia fronteggiato le criticità. Lei mi risponde dicendo che ha sempre preso in carico tutte le persone della sua vita, soprattutto il marito e i suoi genitori. Questi ultimi in modo particolare, hanno sempre avuto con lei e con il fratello un atteggiamento che lei definisce di ‘poca cura emotiva e pratica’. Mi racconta, infatti, che sin da molto piccoli hanno assistito a fortissime discussioni in casa che a volte si concludevano con la distruzione di piatti od oggetti vari e che molto spesso anche il linguaggio che utilizzavano con i figli era svalutante e aggressivo. Al contrario del fratello che ha adottato la loro stessa modalità relazionale, M. si è posta come perno e appiglio di tutta la famiglia, somatizzando sul corpo tutta la sua difficoltà in particolar modo della madre, donna ambivalente e poco centrata. Durante le difficoltà che ha incontrato nella sua vita, lei si definisce come “*una pallina impazzita che non sa a chi dare i resti*”. Le rimando che percepisco nuovamente questa sua tendenza a sentirsi responsabile non solo delle persone che la circondano, ma anche degli accadimenti che succedono a queste persone. Ancora, le dico che ho l’impressione che dia maggior peso ai suoi insuccessi e che non abbia, anche in questo

contesto, dato spazio ai successi della sua vita. Lei mi guarda ma non dice nulla. Arrivati alla fine del colloquio procedo con la restituzione di quanto ho notato e visto e decido di proporle la **prescrizione della pagella**, in quanto volevo ben intendere come si valutasse nella quotidianità e provare a rompere il suo schema di fallimento continuo e di colpa totale. Nell'assegnazione della prescrizione, ho detto a M. di acquistare un quaderno della forma e del colore che preferiva, di decorarlo se voleva, ma fare una scelta che si accostasse alla sua personalità. Il compito, secondo la prof.ssa Celia (2016) deve essere così presentato: “voglio che da qui alla prossima settimana ogni giorno attribuisca un voto a sé stesso e alla sua giornata, specificando la motivazione del voto attribuito nonché data, ora e luogo. Può decidere il voto in base ad aspetti emotivi (‘oggi mi sento..’) oppure concreti (es. ‘perché ho cucinato bene’ o ‘ho fatto quella telefonata’). Se il voto è sufficiente, quindi dal 6 in su, accanto al voto e alla motivazione per cui si è attribuito il voto, metterà un motto (es. ‘il coraggio è dei forti’). Se il voto è insufficiente, quindi dal 6 in giù, dovrà, accanto al voto e alla motivazione, scrivere un’esortazione a sé stesso (es. ‘domani andrà meglio’) e poi dovrà farsi un regalo concreto o simbolico, purché sia una cosa gratificante, che possa vivere come un premio. Lei crede di poter fare questo?”. Dopo aver presentato il consenso informato e aver informato M. sulle modalità con cui svolgeremo il nostro percorso, fissiamo un appuntamento per la settimana successiva.

Il secondo colloquio

M. arriva puntuale al nostro appuntamento. Noto ancora il tremore alle mani. Nella sua borsa vedo subito un colorato quaderno, ben rilegato e decorato con cura con una scritta a penna in cui c’era scritto *“piccole cose di valore non quantificabile”*. Le rimando immediatamente quanto sia ben fatto e registro che questo può rappresentare per me un buon segnale di adesione e motivazione al trattamento. Le chiedo se avesse svolto la prescrizione e lei mi risponde affermativamente aprendo il suo quaderno. Noto uno schema ben fatto in cui ha segnato ogni dettaglio del compito assegnato. I voti che si è data sono quasi sempre insufficienti e quasi mai si è poi premiata con un regalo. Solo nella giornata di martedì, dove il voto era ‘4’ ed era stato assegnato perché non si era mai sentita bene durante la giornata e perché il marito al ritorno dal lavoro non aveva colto questo suo malessere, si è regalata, il giorno dopo, un avocado. Nel corso del nostro lavoro, l’avocado diventerà un’immagine che utilizzerò proprio per rimandare alla paziente quella sensazione di vuoto, di sconforto, di tristezza e la successiva sensazione di conforto seguita all’acquisto. Mi colpisce, e le rimando, che ogni attribuzione negativa della prescrizione sia causata non da cose che la riguardavano personalmente, ma da situazioni e sensazioni che lei sperimentava in funzione degli altri. Questa mia considerazione, la colpisce molto, al punto che mi dice che la sua vita è sempre stata più o meno così. Sin da bambina, infatti, ciò che gli altri le dicevano ha sempre avuto grandissima importanza sia nel modo in cui viveva le situazioni e sia nel modo in cui vedeva e viveva la sua persona. Racconta che la madre è una donna molto attenta alla forma fisica e che spesso l’ha criticata per il suo modo di vestire e di prendersi cura del suo corpo. Questa dinamica è stata per lei talmente invasiva che, all’età di 16 anni, si è tagliata i capelli cortissimi e ha scelto uno stile nel vestire molto lontano dall’idea di femminilità che la madre le proponeva. Mi incuriosisce molto questo comportamento e le chiedo come mai avesse scelto di mettere in atto un atteggiamento così estremo e lei mi risponde *“volevo far sparire me stessa e la mia fisicità, la mia persona!”*. Ho la sensazione che questa frase nasconda

qualcosa di molto più grande e le chiedo se avesse trattato questa dinamica nel suo percorso precedente questa dinamica. Mi rimanda che nella terapia fatta nel passato, ha affrontato il suo modo di vedere il suo corpo e la sua sessualità, proprio perché in quel periodo aveva appena iniziato una relazione con una sua coetanea. Mi rimanda come questa relazione omosessuale abbia in lei significato molto sia dal punto di vista affettivo e sessuale, sia come attacco alla figura materna. Voleva infatti provocare la madre sotto ogni punto di vista, in un moto autolesionistico e punitivo della sua persona. Inoltre, aggiunge, che anche la figura di suo fratello è sempre stata un punto critico della sua vita. Mi dice infatti che il fratello, al contrario di sua madre, le ha sempre fatto molti complimenti e che ha sempre percepito in lui un atteggiamento erotico nei suoi confronti. Le chiedo dunque, se fosse proprio questa la cosa non detta nella precedente terapia e lei annuisce. Mi rimanda però di non sentirsi ancora del tutto pronta a parlarne. Mi sento molto vicina emotivamente a lei e le rimando che potrà prendersi, in questo spazio terapeutico, tutto il tempo di cui ha bisogno. La invito però a cercare di vedere come nella sua vita abbia sempre posto confini labili nelle relazioni, rimandando come i rapporti della sua vita siano stati totalizzanti nella concezione di sé stessa. Ci salutiamo e ci rimandiamo alla prossima settimana.

Terzo, quarto e quinto colloquio

Nel corso di questi colloqui M. affronta e racconta nel dettaglio la sua storia d'amore con il marito e il suo modello familiare. M. conosce il marito da giovane ma decidono di mettersi insieme nel 2005, dopo aver concluso la sua relazione omosessuale. Il marito, lo descrive M., è un uomo che nel corso degli anni è cambiato molto. Quando erano giovani *“era un punkettone che adorava andare ai concerti e che ha sempre capito i miei altalenanti stati d'animo e mi sentivo al sicuro”*. Oggi, invece, lo racconta come un uomo schivo che pone poca attenzione alla loro relazione e che risponde alle difficoltà che incontrano come coppia con il silenzio. Lavora in una fabbrica come operaio, dopo aver lasciato il lavoro per cui ha studiato ossia l'operatore sociale. Mi racconta, infatti, di essersi licenziato da una casa famiglia in cui lavorava a seguito di un forte litigio con il capo; inoltre, aggiunge che, poco prima, di lasciare il lavoro, M. ha scoperto che il marito aveva intrapreso una relazione 'platonica' (così almeno il marito la descrive) con una sua collega. M. si è resa conto di questa relazione dopo aver visto di nascosto il regalo di Natale che il marito aveva comprato, ma che purtroppo non ha trovato per lei sotto l'albero. Da quel momento in poi, ha cercato altre prove di questa relazione extra coniugale, fino a trovare una lettera che l'amante aveva scritto per il marito. Dopo questa scoperta, M. mi racconta di una fortissima lite tra di loro culminata con un polso slogato per lei, avvenimento questo che ha cambiato notevolmente la sua vita lavorativa impedendole di continuare il suo operato in una famosa cucina stellata di Roma. M., oggi, si definisce *“troppo stanca per combattere ancora”* e vive il suo matrimonio come qualcosa di pesante che le impedisce di sentirsi bene; ciononostante, si dice ancora innamorata di suo marito. Rimando anche come sembri del tutto disfunzionale la modalità comunicativa nella coppia e le faccio notare come questa sua difficoltà di saper comunicare apertamente il suo stato emotivo e la sua volontà rispetto ad una situazione, sia un elemento di forte rallentamento nel suo riconoscersi come essere umano capace e meritevole di amore ed affetto. M. è in accordo con questa riflessione e aggiunge che il suo modello familiare ha sicuramente giocato un ruolo fondamentale nel determinare il suo modo di vivere le relazioni.

Mi rimanda di continuare la nostra relazione terapeutica. “...”

in questa concezione dell'amore e degli affetti lei si ritrova. Riflette, infatti, su come ogni relazione della sua vita sia caratterizzata dal suo perenne accoglimento dell'altro a tutti i costi, ponendo automaticamente la sua persona in secondo piano sotto ogni sfumatura si possa intendere. Nella sua famiglia d'origine, questa concezione dell'amore e della sofferenza come un'unica dimensione, è sempre stata caratterizzante le relazioni., sia a livello comunicativo che di gestione della conflittualità. Rimando a M. come questa concezione dell'amore come sofferenza sia stata per lei pervasiva non solo nelle relazioni interpersonali, ma anche nella relazione con sé stessa, facendole notare come le sue condotte punitive nei confronti del proprio corpo, siano lo specchio di questa convinzione. M. infatti, ha dei grossi problemi con il suo corpo e con il cibo e, in passato, ha sofferto di bulimia. Ancora oggi, vive il cibo con un atteggiamento di colpa e spesso ricorre al digiuno. Le faccio notare come questo atteggiamento sia manifestazione chiara del poco amore che si riserva e le consiglio di contattare una nutrizionista di mia fiducia che la possa aiutare con l'alimentazione insieme al nostro percorso tentando di intraprendere un cammino 'di perdono' con il cibo.

Le chiedo, alla fine del quinto colloquio, di mettersi davanti allo specchio vestita ogni giorno e di guardarsi attraverso la **tecnica del body scan**, ossia spostando gradualmente e con consapevolezza lo sguardo attraverso ogni distretto corporeo, dalla testa ai piedi. Le chiedo anche di spogliarsi di un indumento alla volta e di ripetere l'esercizio allo specchio. Questo al fine di lavorare sul suo dismorfismo corporeo verso un percorso di accettazione di sé.

Sesto e settimo colloquio

M. torna in studio con un atteggiamento diverso. Il tremore alle mani è diminuito e si ripresenta solo in alcuni momenti. Anche la sua voce è più ferma ed ho l'impressione che sia maggiormente centrata. Ha chiamato la nutrizionista con cui ha fissato un appuntamento per il giorno seguente ed è riuscita con buoni risultati nel body scan. È riuscita a togliere la maglietta ed i pantaloni ed a guardarsi allo specchio; *"non posso dire che mi piace quello che vedo, ma cavolo mi vedo!"*. Questa è stata sicuramente una seduta di svolta perché, sulla scia di queste sue conquiste rispetto al fisico e di questa mia sensazione di maggiore centratura, le ho chiesto direttamente quale fosse stato per lei il punto di rottura che ha portato questa sensazione di disagio così profondo. Le chiedo di stilare una lista di obiettivi che vorrebbe raggiungere in questo percorso e di scegliere i 3 più 'urgenti' per lei. Le chiedo inoltre di riflettere con autenticità circa la sua motivazione al cambiamento, perché le rimando di come nella sua vita abbia sempre fatto di tutto per gli altri e di come si sia così poco concessa una quota d'amore per sé. Di seguito i 3 obiettivi scelti dalla paziente:

1. Mettermi in primo piano rispetto ai miei bisogni e alle mie ambizioni → ricominciare il mio lavoro;
2. Trovare un equilibrio nel mio rapporto con il cibo;
3. Coltivare comportamenti di autoconservazione, di autostima e amor proprio → controllare la forza, sentirmi padrona di me stessa e non impotente.

Quando ho visto questa lista, mi sono resa conto che probabilmente la mia sensazione di miglioramento non era sbagliata. Ho infatti notato come gli obiettivi 'urgenti', la riguardassero personalmente, mettendosi finalmente in primo piano. La risposta di rimando a questa mia osservazione fu un profondo respiro. Le chiesi che sapore aveva questo respiro e

M. rispose “*di rinascita*”. Mi chiese, inoltre, la possibilità di vedere insieme un video che potesse rispondere alla domanda che le avevo posto nella seduta precedente rispetto al punto di rottura. Il video si intitola “Piccole cose di valore non quantificabile”. Il corto, scritto e diretto da Paolo Genovese e Luca Maniero, racconta di una donna che, utilizzando un linguaggio metaforico, si presenta in caserma per denunciare una molestia subita. Il video mi colpisce profondamente. Rimango in silenzio e la guardo. Ha gli occhi lucidi e pieni di lacrime. Mi dice di aver visto questo video durante un corso di formazione molti anni prima e di averci subito pensato quando le avevo posto la domanda il colloquio prima. Le chiedo di dirmi come si sente. Dice “*derubata*”, le chiedo se riesce a dirmi di più. Mi racconta che il fratello, come già precedentemente riportato, ha sempre avuto nei suoi riguardi un atteggiamento fortemente sessualizzato e che lei ha sempre percepito una profonda sensazione di fastidio. Mi racconta che un giorno, lei aveva 15 anni, erano soli in casa e che lui l’abbia cinta in vita stringendola forte fino a farle sentire la sua eccitazione tra le gambe e che l’avrebbe baciata. Questo per lei è il punto di rottura. Da quel momento in poi ha odiato sé stessa e ogni fibra del suo corpo, iniziando con acting out di violenza nei confronti del suo corpo e della sua femminilità. Mi racconta di non aver raccontato a nessuno questo episodio, o meglio, di aver provato a raccontarlo a suo marito alcuni mesi prima e la sua risposta era stata “non mi dire niente che sennò mi incazzo e finisce che non ci vengo più a casa dei tuoi”. Le chiedo come si è sentita in quel momento, lei risponde respinta, sola. Le chiedo quindi come si sente ora mentre rivive quei momenti. Lei si dice arrabbiata, “*spaccherei tutto*”. Le rimando che se vuole può farlo e che queste emozioni che vive sono lecite rispetto a ciò che ha vissuto. Aggiungo, però, che la rabbia è una coperta che ci aiuta a nascondere qualcos’altro che non riusciamo ad accettare. Lei mi dice che vuole cercare la sua felicità e che non vuole più sentirsi stanca e schiava degli altri e di ciò che le è accaduto nel passato. Vuole un amore che si prenda cura di lei e che la faccia sentire bene e speciale. Le rimando che la persona che cerca in grado di poterla amare così, è lei stessa e che questo percorso potrà sicuramente indicarle quale direzione sia più idonea per lei. Scoppia in un pianto liberatorio. La lascio fare sintonizzandomi sulla sua sofferenza. Sento la necessità di doverle dare un compito che possa, nel corso della settimana, farle percepire in maniera paradossale, cosa significhi davvero porre confini. Le chiedo dunque di fare la **prescrizione degli sportelli aperti**. Scelgo questa prescrizione, perché M. è una paziente con grandi difficoltà ad ascoltare i propri bisogni e le proprie necessità e, secondo la mia valutazione, non è ancora stata in grado di sviluppare una buona conoscenza della sua interiorità. Secondo il manuale della prof.ssa Celia (2016) diremmo:” Da qui alla prossima settimana le chiedo, qualunque cosa lei userà in casa o le capiterà di dover aprire (tipo l’armadio per scegliere i vestiti oppure lo sportello della cucina per prendere un bicchiere, ecc.), di lasciarlo aperto. Si muoverà in casa con tutto quello che avrà lasciato aperto fino al nostro prossimo incontro. Se vive con qualcuno potrà, spiegando alla persona che si tratta di un esercizio terapeutico, chiedergli di avere un po' di tolleranza. Eventualmente negoziando con lei una stanza da sottrarre all’esercizio per evitargli eccessivo disagio”. Prendo fiato e fisso un nuovo colloquio.

Ottavo, nono e decimo colloquio

Dopo il colloquio precedente, mi rendo conto che M. ha bisogno di un po' di tempo per mettere in ordine e far proprie alcune nuove consapevolezza acquisite in questo percorso. Mi dice di aver fatto la prescrizione degli sportelli solo parzialmente per questioni di spazio e per

i gatti che altrimenti si sarebbero infilati in ogni scaffale. Riporta comunque una sensazione di frustrazione e di affaticamento legata all'esercizio. Le rimando che queste sensazioni che vive sono profondamente legate alla sua capacità di poter scegliere e di saper dare la sua priorità rispetto ai bisogni e alle sensazioni che vive, competenza questa non ancora affinata nella paziente. Continua, intanto, ad eseguire il body scan, utilizzandolo come una sorta di buona prassi per imparare a vedersi e a volersi più bene. Addirittura ha deciso di disegnarsi dei cuori con un rossetto, oggetto simbolico che può rappresentare la femminilità, dei cuori nelle zone corporee con cui sente di avere più difficoltà. Ha anche cominciato un percorso di alimentazione con la nutrizionista che la fa sentire sicuramente meglio dal punto di vista energetico e delle attività quotidiane. Centrale in questi colloqui è la sua relazione con il marito che sembra aver subito una virata improvvisa. È come se la paziente si fosse resa conto di quanto la sua relazione non la soddisfi e di quanto suo marito sia poco pronto ad accoglierla. Trattiamo ancora la loro difficoltà comunicativa. Riporta spesso a galla, il tradimento che ha scoperto di cui suo marito ostinatamente non vuole parlare. Ad un certo punto, però, mi rendo conto di vivere un momento di empassa terapeutica. Ho come l'impressione di non riuscire a trovare il modo più giusto per la mia paziente, per aiutarla a fare chiarezza nella sua relazione di coppia. Ricorro dunque alla supervisione. La prof.ssa Celia, mi fa notare come la mia paziente si senta scontenta nel rapporto di coppia e di come, anche se affinando la tecnica, mantenga ancora il suo ruolo di vittima. Mi propone quindi di chiedere alla paziente quanto effettivamente si vuole bene, quantificando magari su una scala da 1 a 10. Per quello che riguarda la relazione di M. con il marito, mi consiglia di far notare alla paziente come il marito non sia stata con lei una persona onesta e mi consiglia di prescrivere alla paziente "un credito di corna" da riferire al marito per farle acquisire una consapevolezza diversa di ciò che ha vissuto. Mi rimanda come ad ogni azione segua una reazione, non il pianto. Mi consiglia dunque di spingere la mia paziente in una posizione attiva nei confronti dell'altro così da poter poi decidere cosa fare, se chiudere o rimanere insieme.

Dall'undicesimo al quindicesimo colloquio

La restituzione della supervisione fa sorridere M. ma al contempo la colpisce profondamente. Mi accorgo sempre di più di come stia cambiando il suo modo di porsi nei confronti degli altri e, soprattutto, di sé stessa. Il body scan è diventato una sorta di esercizio quotidiano e sta aumentando gradualmente la sensazione di piacevolezza quando lo fa. Riporta di sentirsi più energica. È in questo periodo che le propongo la **Brain Wave Modulation Technique**, una tecnica di riduzione dello stress che nasce dalla fusione e dal connubio tra le discipline di origine orientale e lo studio metodico e scientifico del dialogo mente - corpo, costituendo una valida integrazione tra le già ampiamente note ed utilizzate tecniche di rilassamento e meditazione, con un approccio neuroscientifico innovativo (Cozzolino e Celia, 2016). M. appare entusiasta e, dopo varie esposizioni in studio, comincerà a sperimentarla da sola a casa. Sembra esserle molto utile al fine di trovare il giusto equilibrio tra mente e corpo e, in qualche modo, anche per conoscere meglio sé stessa. In queste sedute, M. sperimenta una nuova modalità di reagire al fallimento; racconta un episodio in cui, mentre preparava una serie di panettoni da regalare ad amici e parenti, un'infornata sia andata malissimo. Di solito, mi riporta, avrebbe reagito screditandosi e dandosi addosso per la sua incompetenza, ma non stavolta! Ha letteralmente detto "eh vabbè! Questi li butto e ricomincio!". Mi sembra che si

stia stabilendo un buon contatto con il suo corpo tanto che le prescrivo, alla fine della 13^a seduta, un esercizio preparato ad hoc per lei che ho chiamato “**Jessica Rabbit**”. In questo momento della terapia, infatti, il lavoro rispetto al corpo si sta particolarmente concentrando sul suo senso di femminilità, dinamica questa che nel suo passato ha sempre silenziato, per paura di potersi mostrare ‘troppo’ agli altri, e in modo particolare, per paura di poter far verificare nuovamente l’abuso da parte del fratello. Ma ad oggi, ho l’impressione che lei voglia di nuovo mostrarsi per quello che sente, una bella donna capace di attrarre gli altri per la sua natura bellezza. Le propongo dunque di scegliere contesti variegati, come ad esempio la frutteria dove va a fare la spesa, oppure la posta o l’edicola, e di mostrarsi accattivante nei modi, magari complimentandosi per la bellissima merce esposta o per il modo in cui ha organizzato le riviste. La richiesta era quella di registrare ciò che sperimenta, o non sperimenta, durante l’esercizio. M. dice di aver fatto la prescrizione ma di non essersi sentita sempre bene. Le è capitato di ricevere a sua volta dei complimenti durante l’esercizio ma di non essere riuscita a goderseli, ha percepito un forte senso di vergogna. Le chiedo dunque di riflettere circa il valore che lei attribuisce a questi complimenti e la invito, durante la settimana a compilare **il block notes dei complimenti**, una prescrizione diretta in cui si chiede al paziente, con scarsa autostima e auto-svalutante, di trascrivere tutti i complimenti/gratificazioni/elogi/successi che ricorda nella sua vita fino ad oggi. La seduta successiva riporta una lunga lista di complimenti ricevuti e le sottolineo come, nella sua vita, lei sia molto più attenta alle critiche piuttosto che ai numerosi complimenti che riceve o che ha ricevuto. Le rimando come sia importante invece prestare la giusta attenzione anche alle gratificazioni e goderne, senza sentirsi in colpa.

Il nostro lavoro procede bene, M. mi rimanda come si stia rendendo conto “*dell’incompetenza emotiva delle persone della mia vita*”, in particolar modo di come sua madre si sia spesso deresponsabilizzata dei suoi figli e della famiglia. Dal punto di vista lavorativo, M. è ripartita. Le è stato proposto di tenere un corso di panificazione in una scuola per stranieri. L’impiego la entusiasma ed accetta. Intanto, sta progettando di prendere in affitto un piccolo banco nel mercato del suo quartiere e di aprire un piccolo panificio. La progettazione mi appare congrua e lucida. Le rimando come tutti questi progressi siano unicamente opera sua e le sottolineo il profondo impegno che sta mettendo nel suo lavoro. Nel 15° colloquio, M. appare molto provata: la sua gatta Nanà sta male. M. è molto legata all’animale e sta passando intere notti a vegliare sulla gatta. Mi racconta di sperimentare una sensazione di rabbia per l’impotenza che prova; riconosce la stessa emozione quando il nonno è venuto a mancare. Le rimando che l’impotenza che sperimentiamo davanti alla malattia o alla morte è una risposta all’evento che ci accade e che, in qualche modo, accomuna tutti gli esseri umani; questo rimando ha lo scopo di normalizzare il contenuto emotivo della paziente. Questa esperienza di dolore che sta vivendo, le ha fatto fare una profonda riflessione anche sul suo rapporto con il fratello: mi riporta di aver pensato molto durante la settimana, al rapporto che ha con il fratello sperimentando un sentimento di empatia nei suoi confronti in quanto “*il nostro dolore ha la stessa origine*”. Questo è un momento fondamentale del percorso di M., perché sta cominciando a cambiare in maniera tangibile il suo modo di vedere sé stessa e ciò che le è successo nel passato. La dinamica del perdono a mio avviso, è un movimento che si fa più per sé stessi che per l’altro. Perdonare, le rimando, non vuole dire cancellare ciò che è accaduto, ma entrare nella logica che non possiamo cambiare il fatto e rileggerlo da un nuovo punto di vista. Rintracciare nel dolore che lei prova lo stesso che vive il fratello, la porta a

comprendere che probabilmente, quell'avvicinamento fisico che c'è stato, era per lui un'estrema richiesta di aiuto ed attenzione e questo le fa sperimentare un moto di compassione per il fratello. Purtroppo, durante quella settimana la gatta morirà. Ricevo, infatti, una telefonata da M. in preda al panico che mi chiede cosa deve fare. La gatta, infatti, sembra non abbia ricevuto le giuste cure dal veterinario e M. vuole procedere per vie legali. Le chiedo quale sia lo scopo che vuole raggiungere con questo movimento e le chiedo di riflettere autenticamente se questa reazione possa davvero aiutarla nell'affievolire il dolore che prova in questo momento o se le sia più utile concentrarsi e stare su quel dolore. Ho infatti l'impressione che la denuncia che M. vuole fare, le serva solo per spostare l'attenzione da questo lutto ad una cosa sulla quale può agire un vero e proprio controllo. Purtroppo però, le dico, nessuna azione potrà cancellare quello che stai vivendo, per cui vivilo! Le consiglio di stare anche in questo dolore, di sperimentarlo, di non fuggire. Concludo la telefonata salutandola e rimandando la conversazione all'incontro successivo. La mattina stessa del successivo colloquio mi chiama per avvisarmi che per motivi lavorativi non potrà essere presente. Fissiamo un nuovo appuntamento.

Il sedicesimo colloquio

All'inizio del colloquio M. mi appare tranquilla e le chiedo di fare insieme una sorta di resoconto di cosa è accaduto dopo la morte di Nanà. Lei mi riporta di sperimentare una grande forza e di sentire di avere gestito bene la situazione. Ha deciso di non procedere legalmente con il centro veterinario e sta organizzando una sorta di funerale per l'animale. Mi racconta di sentire che in lei qualcosa è davvero cambiato e il modo di vivere questo lutto glielo conferma. Ha deciso di chiedere al marito di occuparsi di raccogliere le cartelle cliniche del gatto, per 'godersi' a pieno il momento di dolore che sta vivendo. Mi racconta, ancora, che durante queste due settimane ha fatto spesso ricorso alla BWM-T e che ne sta traendo un grandissimo giovamento. L'evento di Nanà le ha dato modo di sperimentare lo stare nel dolore e mi dice testualmente *"ho abbandonato la paura di stare"*. Le faccio i complimenti per l'enorme traguardo raggiunto e la invito a concedersi del tempo per prendersi cura del suo dolore. Aggiunge che in questo periodo si sta avvicinando al buddhismo e che anche questo movimento la rende più tranquilla e centrata. Alla fine del colloquio le propongo la **prescrizione della separazione**, una prescrizione indiretta che si utilizza con pazienti che hanno difficoltà a separarsi. Scelgo di darla in questo momento per verificare in quale delle tre fasi della prescrizione M. sperimenti maggiore difficoltà e per avere una misura di quanto sia orientata al cambiamento in questo momento della terapia. In chiave metaforica, inoltre, anche il lutto è di per sé una separazione e quindi ho pensato che la prescrizione potesse fornirle anche una nuova chiave di lettura del lutto vissuto. Sul libro della prof.ssa Celia viene così presentata: "da qui alla prossima settimana vorrei che lei scegliesse un indumento, qualunque esso sia (può essere un pigiama, una coperta, uno slip, una maglietta; si fanno più esempi possibili), che le appartiene. Un indumento che usa spesso o per niente, vecchio o nuovo, qualunque indumento lei voglia. Scelga questo indumento per distruggerlo. Dovrà distruggerlo con le sue mani. Se è una coperta o un jeans si potrà aiutare con delle forbici per un pezzettino e poi dovrà continuare con le mani. Voglio che registri tutto quello che sentirà durante questa operazione, tutto quello che sperimenta e non sperimenta. Dopo che avrà terminato, lascerà i pezzi dell'indumento nel posto esatto in cui l'ha distrutto e lo lascerà lì per due giorni. Voglio che, anche in questo tempo, lei registri quello che sentirà e non sentirà:

se le capita di vederlo, di pensarci, se lo dimentica, se si pente di averlo rotto. Passati questi due giorni, lei recupererà i pezzi dell'indumento, prenderà ago e filo e lo ricucirà. Lei può ricucirlo come preferisce: con il filo dello stesso colore, con un filo diverso, dando una forma uguale o diversa rispetto all'originale. Voglio che, anche in questo caso, registri cosa sperimenterà e non sperimenterà. Lei crede di poter fare questo??"

Il diciassettesimo colloquio

Le chiedo, all'inizio del colloquio, se fosse riuscita nella prescrizione. M. risponde affermativamente.

Le chiedo che tipo di indumento avesse scelto e lei mi dice di aver scelto una canottiera bianca con le bretelline; mi dice che la prima fase, quella della rottura, è stata molto faticosa e si sentiva molto nervosa.

Nella seconda fase della prescrizione M. si è sentita destabilizzata e ha spesso pensato, nei due giorni, di spostare i brandelli della canottiera in un posto meno visibile ma ha resistito. L'ultima fase, quella del ricucire, è stata quella che le è piaciuta di più, "mi andava molto" dice testualmente e si definisce preoccupata ma anche molto contenta al pensiero che, una volta ricucita, si vedranno tutti gli strappi. Ha scelto di ricucire i pezzi di tessuto nel formato originale aggiungendo però del pizzo sulla parte del seno. Nella fase di restituzione sottolineo l'importanza di ciò che è avvenuto e noto silenziosamente la congruità delle fasi con M.; le faccio notare come simbolicamente, la canottiera bianca rappresenti l'infanzia e la sua marcata censura dell'essere donna e nell'esprimere la sua femminilità. Ancora, le rimando come la prima fase sia in effetti quella in cui lei ha sentito più fatica, proprio come le succede nella vita di tutti i giorni. Lo strappare, il rompere qualcosa di per sé rappresenta esporsi ad un cambiamento è per lei molto faticoso soprattutto se ci riferiamo alle relazioni che ha creato nel tempo. Ha improntato la sua vita nel prendersi cura degli altri lasciando pochissimo spazio ai suoi bisogni e alle sue emozioni. Nella seconda fase ha sperimentato una sensazione di destabilizzazione, sentimento congruo alla rottura e ha combattuto la tentazione di fuggire, di nascondere o di non vivere l'emozione negativa, la criticità. Questo è molto importante per la sua spinta evolutiva: acquisire un nuovo modo di vivere le criticità, 'il nero' della nostra vita è uno strumento essenziale per evolvere. L'ultima fase rappresenta la ricostruzione di sé e della quotidianità, fase per lei più piacevole. Il pizzo rappresenta comunemente un accessorio della femminilità, dimensione da sempre messa da parte da M. ed il fatto che lo abbia aggiunto nella fase della ri-costruzione a mio avviso rappresenta una nuova spinta evolutiva nel viverci con una modalità egosintonica. Le rimando ancora come tutte le 'nuove attività' intraprese siano lo specchio di quanto sia disposta a fare qualcosa di nuovo, di quanto voglia davvero prendersi cura di sé. Lei annuisce con soddisfazione e mi rimanda quanto in effetti stia vivendo un periodo di ristrutturazione del proprio sentire. Mi dice di avere una buona percezione di sé e dei suoi nuovi modi di vivere le criticità. Ci rimandiamo alla successiva settimana.

Dal diciottesimo al ventottesimo colloquio

In questa fase della terapia, M. consolida i traguardi raggiunti e gode di nuove tattiche utilizzate al fine di acquisire una maggiore armonia con sé stessa, come la pratica dello yoga,

la BWM-T ed il body scan, quest'ultima tecnica utilizzata solo nei momenti in cui *“sento di perdere il contatto con il mio corpo”*.

Il suo rapporto matrimoniale è forse l'ambito in cui sente più difficoltà, in quanto suo marito sembra quasi non accettare tutti i cambiamenti positivi raggiunti, 'punendola' con il silenzio. Mi racconta, infatti, che nelle difficoltà che si presentano il marito è distante e si pone in una posizione di spettatore, *“è come un fantasma della coppia”*. In alcuni momenti risponde al silenzio del marito con esplosioni di rabbia, in altri momenti sembra quasi accomodarsi in quel silenzio che le concede spazi nuovi e individuali. Quando si arrabbia con il marito ha quasi la percezione di *“sporcare la mia aurea energetica”* e, quando le chiedo cosa prova oggi di fronte a quell'atteggiamento del marito, lei risponde di sentire un mix di tristezza e disappunto, che però calma gestendo la sua rabbia con pratiche di rilassamento. Le rimando che ho l'impressione che queste nuove strategie siano per lei diventate una sorta di coperta, di rifugio in cui nascondersi e che, se per certi versi è una cosa positiva, per altri può diventare una sorta di nascondiglio in cui fuggire all'occorrenza, ricorrendo dunque a vecchie modalità, seppur affinando la tecnica. Registro questa mia considerazione e mi prefiggo di mantenere alta la guardia in questo senso. Mi riferisce *“mi sento appena nata dal punto di vista della consapevolezza”*, proprio come se, in qualche modo, questo percorso la stia facendo nascere di nuovo rispetto alle modalità di vivere la vita e le criticità che essa ci presenta. Anche quando iniziano i nostri colloqui e le chiedo come sia andata la settimana, M. parte dalle cose positive che le sono accadute e questo, le rimando, è sicuramente un ottimo segnale di evoluzione. Il suo matrimonio sembra essere in una fase di stallo in cui la convivenza è serena perché si incontrano poco. Lui è poco partecipativo alle questioni di M. che gli richiede sempre maggiore reciprocità. Si pone come regola quella di darsi tempo, di vivere giorno per giorno senza stare troppo ancorata nel passato o proiettata nel futuro. Vuole vivere il 'qui ed ora' e per me, è senza dubbio una dimensione condivisibile e matura. In questo momento della terapia, soprattutto in funzione della sua relazione, si definisce *“una persona molto complessa, con esigenze semplici”*. Anche in questo caso, le rimando come una nuova visione di sé stessa sia fondamentale per vedere le cose che le accadono in modo diverso. Se si cambia il punto di osservazione, cambia la realtà stessa (Gulotta, 1997). Ed in effetti, ho la sensazione che M. stia cambiando il significato delle cose che le accadono, mettendosi in primo piano sia dal punto di vista della volontà che dell'emotività. Anche con la famiglia d'origine sta cambiando il modo di interagire. Ha messo dei nuovi confini, non permette più, soprattutto alla madre, di invadere i suoi spazi e di portarla a vivere forti sensi di colpa quando una cosa non viene fatta secondo i suoi schemi. Sempre molto forte rimane la dinamica del *“non sentirsi vista dall'altro”*, proprio come se quello che l'altro ci rimanda possa descrivere con precisione quello che sentiamo e pensiamo di essere. Dinamica questa, 'facilmente' scardinabile ponendo l'accento su tutte le grandi conquiste raggiunte e su quanto, in questo momento della sua vita, si veda centrata ed autentica. Le chiedo di porre attenzione su come si sente e su come si pone con persone che conosce meno, come in una sorta di 'prima volta' in cui lei ha la possibilità di far vedere solo quello che preferisce. L'esercizio risulta piacevole anche se si dice *“più difesa quando mi relaziono con persone che conosco meno”*. Le rimando che succede spesso di sentire in questo modo quando ci si sente più esposti alla critica, ma che sotto certi punti di vista è importante per lei, come per tutti, non cadere nel tranello del 'giusto-sbagliato' e di sintonizzarsi sempre su ciò che l'emotività le dice. Arriviamo in una fase in cui M. non è più disposta a sentirsi dire dalla sua famiglia che è

una 'bestia' solo perché vede le cose in un modo diverso, solo perché esprime apertamente il suo disappunto per qualcosa. Mi sono sentita spesso, nel mio ruolo di terapeuta, molto vicina in alcune dinamiche a questa paziente perché sentivo di aver già sperimentato alcune delle sue cose. Il percorso di formazione, però, mi ha portato a vedere spesso come le cose siano relative e di come proprio lavorando sull'emotività che questa o quella situazione elicitava in noi, possediamo la chiave di volta per sentirci in maniera diversa, per viverci autenticamente. Ormai siamo in primavera inoltrata ed M. è molto indaffarata con il suo balcone. Investe molte energie nella semina e nella cura delle piante del suo balcone e utilizzo proprio la metafora del balcone fiorito per sottolineare come per vedere qualcosa di bello nascere e crescere, sia necessaria la cura. La cura intesa come affetto, rispetto ed ascolto di quello che accade. Se grandinasse, le rimando, immagino che copriresti i fiori più delicati; al contrario, se ci fosse molto caldo, sceglieresti le ore pomeridiane o serali per innaffiare le piante. Ecco, questo idealmente è quello che devi fare con te stessa: individuare la strategia più adatta per te e per il tuo sentito. Spesso mi capita di rimandare nei colloqui con M., quanto sia evidente ai miei occhi che in lei qualcosa di grande si è mosso e che credo in questo momento del suo percorso, sia ormai chiaro anche a lei. Solo che ho la sensazione che ancora non lo riconosca a pieno per paura di contraddire l'altro, per paura di esprimere a pieno la propria personalità. Le propongo, dunque, **la prescrizione della strega**, in cui si chiede al paziente: "voglio che da qui alla prossima settimana lei faccia, una volta al giorno, con chiunque lei voglia, purché sia un estraneo che non ha mai visto e presumibilmente non vedrà mai più, la parte della 'strega' (fare molti esempi tipo andare al supermercato e lamentarsi della lentezza delle casse; oppure al banco del pane chiederà prima le rosette poi si corregge e chiede i panini di soia poi si corregge e chiede il pane di segale; o, ancora, chiede al banco salume l'unico tipo che manca, lamentandosi dello scarso rifornimento; oppure andrà nel negozio di abbigliamento, vedrà cento cose e poi va via con la formula 'ci penso un po)'). Lei dovrà dire o fare qualcosa di antipatico, tanto che l'altro dovrà pensare 'questa è proprio insopportabile!'".

Ventunesimo colloquio

Per la prima volta, M. non ha svolto la prescrizione; o meglio, ha provato una volta a farla ma la sensazione è stata così tanto scomoda che ha deciso di non ripetere l'esercizio. Utilizzo strategicamente il mancato svolgimento della prescrizione, rimandando alla paziente che se il suo sentire le aveva detto di non fare più l'esercizio, era per lei una cosa buona non averlo fatto. In effetti, le rimando, la prescrizione aveva proprio l'obiettivo di imparare ad essere meno compiacenti, ad affermarsi come persona e ha sperimentare la sua sopravvivenza anche dopo aver detto 'no' a qualcuno e, in effetti, questo è proprio quello che era successo. Dire di no nel fare qualcosa che non ci va di fare è di per sé una grande vittoria, è abbracciare le proprie idee e le proprie emozioni, senza pensare a ciò che l'altro possa pensare di me. M. appare sorpresa del mio rimando e le chiedo il motivo. Mi confessa che si aspettava che l'avrei rimproverata per la mancata consegna avendo lei sempre adeso alle mie direttive. Questo, oltre a darmi indicazioni sulla mia paziente, mi dà anche indicazioni su quanto la mia direttività come terapeuta sia stata efficace, anche se probabilmente (come al mio solito) un po' troppo estrema. Poco importa, mi rispondo, sono arrivata all'obiettivo che mi ero prefissata per la mia paziente: insegnarle a sentirsi accettata e adeguata anche quando si mostra la parte meno accettabile e adeguata di noi stessi.

Rifletto se sia il giusto momento per dilazionare i nostri incontri e lasciare più spazio ad M. per lavorare in autonomia in previsione della chiusura. Condivido con M. circa questa possibilità e lei sembra molto soddisfatta, quasi come se avesse ricevuto una stellina al merito. Inizieremo dunque a vederci con cadenza bisettimanale.

Dal trentesimo al trentatreesimo colloquio

La paziente ha preso un nuovo lavoro. È entusiasta di come affronta le situazioni che si presentano, di come riesce a comunicare quello che prova senza sentirsi inadatta. Il suo rapporto matrimoniale è forse ancora la dimensione che meno affronta e quindi quella più caotica, è a rischio. Noto una fase di stallo che si modifica di poco solo se M. fa un movimento di qualunque tipo. Prima della terapia, mi dice, M. si sentiva come “*impotente nelle relazioni*”. Le rimando che secondo me questo avveniva perché le sue relazioni pre-terapia erano connotate da una forte paura del giudizio dell'altro, di un suo perpetuo e involutivo mettersi nei panni dell'altro senza mai vestire i suoi e di una connessione con l'altro che lasciava davvero poco spazio per la sua con sé stessa. Questo assolutismo nell'altro M. lo riconosce ed insieme cerchiamo di individuare invece il suo funzionamento odierno. Sento che in questo momento il nostro lavoro non stia facendo movimenti per cui ricorro alla supervisione, chiedendo alla prof.ssa Celia come poter smuovere questa situazione della mia paziente. La professoressa mi rimanda di come abbia la sensazione che io abbia scelto per M. cosa fare. In effetti, mi riconosco che intimamente pensavo che M. dovesse lasciare il marito. Ma allo stesso tempo mi rendo conto che M. non si senta pronta neanche a fare un passo per smuovere la relazione. La professoressa, ancora, mi spinge a far esercitare la mia paziente a fantasticare con l'assunto che ‘non si può realizzare qualcosa se prima non l'hai immaginata’. Mi rimanda di come debba sottolineare a M. il peso del successo, che probabilmente suo marito vede in lei e nei suoi cambiamenti. Utilizzo ogni suggerimento fatto e chiedo alla mia paziente di fantasticare circa la sua vita da single in questo momento, cosa farebbe, dove vivrebbe, chi frequenterebbe.. insomma deve immaginare tutto. In effetti questo esercizio sblocca M. che riesce finalmente a descrivere chiaramente cosa non funzioni nel suo rapporto. Descrive l'amore che suo marito le dà come “non produttivo, egoista ed infantile” realizzando che al momento sta con un uomo che non rappresenta minimamente il suo modello di amore basato invece sulla reciprocità, sul prendersi cura e sull'ascolto. Spinta ancora dal suggerimento arrivato alla supervisione, chiedo a M. di eseguire **la prescrizione dello shopping immaginario**, con l'obiettivo finale di esercitare a desiderare senza conseguenze, solamente seguendo il proprio istinto e la propria volontà. Diremo: “Durante la settimana dovrà scegliere una rivista, un periodico settimanale o un mensile che può essere di moda, di design, purchè contenga molte pubblicità, quindi dovrà sfogliarla scegliendo e contrassegnando a penna gli oggetti che le piacciono per ‘comprarli idealmente’. Può comprarli per sé stessa o pensarli come regalo per qualcuno. Ovviamente è tutto nella sua fantasia e non lo dovrà poi acquistare realmente. La prossima volta che ci vediamo porterà la rivista su cui avrà fatto delle croci in corrispondenza degli oggetti acquistati”.

Il trentaquattresimo colloquio

La prescrizione presentata nel colloquio precedente, è molto piaciuta a M. che arriva in seduta con molte riviste e molte scelte fatte. Mi racconta una sensazione di divertimento e benessere

provata durante la prescrizione. Le rimando, allo scopo di consolidare questa sensazione, di quanto sia stato evolutivo il suo percorso che le ha permesso di superare la sua radicata inibizione al desiderio aprendole nuove possibilità di vivere la vita con autenticità e sperimentando la Volontà, la sua volontà, come motore di ricerca del suo equilibrio e della sua serenità, per come lei la intende. È molto soddisfatta del lavoro fatto anche se, mi riporta una forte preoccupazione per la sua relazione matrimoniale. Sento ancora molto forte la poca reciprocità nel rapporto e si meraviglia di come lui non sia responsivo a tutti i segnali che M. gli manda; la sessualità è ormai sospesa e noto come, a mio avviso, fosse paradossale che per una persona come lei che sente così centrale la tematica del corpo e che investe così tante energie in questo campo, senta così marginale la sfera sessuale, quella più istintiva e animale. Le chiedo quindi a quale scopo viva così tanto trasporto al corpo, solo per essere visto, riconosciuto o anche per essere goduto? Le chiedo quindi di domandarsi come mai non riesca a godere del proprio corpo. Le domando anche cosa, secondo la sua opinione, sia accettabile oppure no nell'ambito della sessualità. M. mi rimanda che ha bisogno di tempo per pensarci. Ci rimandiamo a quindici giorni.

L'ultimo colloquio

Insieme alla mia paziente, ripercorriamo il lavoro fatto insieme e, obiettivi prefissati alla mano, arriviamo alla conclusione di aver svolto un percorso di successo e di aver raggiunto ogni singolo obiettivo. Mi rimanda di come si senta più forte, più centrata e di come viva i suoi rapporti interpersonali con un altro spirito, più saldo e autentico e di quanti strumenti abbia acquisito durante il percorso. La tecnica del BWM-T, ad esempio, è entrata a far parte della sua 'quotidianità' per ridurre l'attivazione e lo stress percepito. Anche la volontà di scegliere senza curarsi troppo delle conseguenze sull'altro rappresenta per M. un importante traguardo; ha infatti fissato dei nuovi confini nel rapporto con la sua famiglia d'origine, in modo particolare con la madre, riportando la sensazione di non sentirsi sopraffatta dalle esagerate manifestazioni materne. Anche con il fratello il rapporto è cambiato, o meglio, è cambiato il suo modo di vedere il fratello che viene visto non più come il carnefice di un abuso subito, ma come un altro protagonista di una storia familiare vissuta come devastante. Il suo rapporto matrimoniale, invece, resta l'unico punto in cui, nel qui ed ora, non sente ancora la forza per lavorarci. Il lavoro della mia paziente va a gonfie vele! È stata chiamata per partecipare a vari progetti tra cui quello di occuparsi dell'alimentazione della nazionale Italiana di nuoto sincronizzato, impiego che la appassiona ma che, al contempo, a volte la mette di fronte nuovamente al senso di inadeguatezza che caratterizzava il suo schema corporea all'inizio di questo percorso. Mi racconta che, quando sperimenta questo tipo di sensazione, ricorra alla tecnica del body scan e che si riconosca autenticamente in quel corpo, pregi e difetti che vede. Il suo rapporto con il cibo non è più connotato dal senso di colpa, ma riesce a mangiare con tranquillità e senza più sperimentare sensazioni di disagio quando obbligata a condividere un pasto con altre persone. Dedico gli ultimi minuti del colloquio per presentarle l'ascolto di un brano che, nel mio percorso di formazione e più nello specifico nel workshop tenuto dal prof. Cozzolino sull'utilizzo della musica come strumento strategico integrato, ha rappresentato un punto di svolta importante per la mia carriera e per il mio percorso personale. Il brano in questione è "Qualcosa che non c'è" di Elisa. La invito a considerare il brano come una sorta di inno all'autenticità che ha raggiunto, che ha faticosamente raggiunto e a cercare sempre 'il sole' in lei ed in tutto ciò che fa, confidando

nelle sue potenti risorse scoperte o consolidate in questo percorso. Accompagnandola verso la porta, M. mi chiede se può abbracciarmi e mi rimanda un forte senso di gratitudine per il percorso svolto insieme. In quel momento, mi sono sentita, forse per la prima volta, una vera terapeuta!

Conclusioni

La terapia esistenziale di M. mi ha dato modo di sperimentarmi sotto un duplice aspetto: quello di terapeuta e quello di essere umano. Infatti ci sono stati molti temi che M. ha portato in seduta che, a mia volta, ho trattato con la mia terapeuta..

M. è stata una paziente collaborativa e motivata e questo, senza dubbio, ha reso il mio lavoro più gradevole. Tante sono state le difficoltà che M. ha incontrato durante i nostri incontri, perché credo che mollare le certezze sulle quali poggiamo la nostra esistenza sia davvero complesso, soprattutto per chi, come lei, aveva scelto di votare la sua vita al 'prendersi cura dell'altro' facendo sparire quasi completamente la sua persona. Ho dovuto lavorare per scardinare alcune sue convinzioni disfunzionali, alcuni suoi agiti ormai diventati automatici. Ho cercato di cambiare il punto di vista della mia paziente. Ho cercato di spingerla a vedere le cose con nuovi occhi e con maggiore centratura, ho cercato di farla sentire protagonista della sua vita. Proprio come il fondamento teorico del nostro approccio, è stato molto importante per il mio lavoro lavorare rispetto agli obiettivi che avevamo prefissato all'inizio, senza aprire una quantità di file esagerata con il rischio di non arrivare a dama e perdermi. La supervisione è stata per me essenziale per calibrare l'intervento e gestire i miei contenuti personali elicitati dalla paziente. So che ho ancora molto da imparare, ma credo che la certezza della continua evoluzione personale e del continuo aggiornamento personale siano centrali per poter definire una terapeuta un vero professionista. Inoltre, ho imparato a vivere i processi che la mia paziente presentava insieme a lei. Anche essendo stata una terapeuta fortemente direttiva, ho imparato a vivere insieme al mio paziente quello che veniva portato in seduta, compiendo un continuo lavoro di 'dentro e fuori' tra la seduta e il mio emotivo, essenziale per rimanere allacciata alla vita e alla storia del paziente; ma soprattutto per poterla guidare nella direzione più strategica per il raggiungimento degli obiettivi. Ho imparato, insieme a lei, che invece mettere sé stessi al centro del mondo non è un peccato dal quale fuggire, bensì una gigante possibilità di fare tutto con più autenticità, "fare tutto come se vedessi solo il sole"!



Riferimenti bibliografici

- Alexander F., French T.M. (1946). *Psychoanalytic therapy. Principles and applications*, New York: Ronald Press
- Baiocco S., (2010). La terapia strategico integrata. *Psicologia clinica e Psicoterapia Oggi, a. II, n.1.*
- Belardinelli M.O., (1986). *La costruzione della realtà*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Cancrini L., (2012). *La cura delle infanzie infelici. Viaggio nell'origine*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Celia G. (2016). *La psicoterapia strategico integrata. L'evoluzione dell'intervento clinico breve*. Milano: Franco Angeli.
- Celia G. (2020). *Prontuario di strategie terapeutiche. Esercizi e prescrizioni per sciogliere i nodi psicologici in breve tempo*. Milano: Franco Angeli.
- Celia G., Cozzolino M., (2021). Research in psychosocial genomics: a new perspective of genes modulation in response to psychological and social experiences. *Eur. J. Mol. Clin. Med*8
- Cozzolino M. (2007). *La comunicazione invisibile*. Edizioni Fiera e Liuzzo Publishing.
- Cozzolino M. (2008) *Le strategie comunicative*. Soluzioni per problemi relazionali e professionali. Edizioni Fiera e Liuzzo Publishing.
- Cozzolino M., Celia G. (2016). The neuroscientific evolution of Eriksonian approach as a metamodel of healing. A 10 points guideline and the technique that modulates brain waves to foster a mind-body healing. *The International Journal of Psychosocial and Cultural Genomics, Consciousness & Health Research / Vol. 2, Issue 1.*
- Erickson M.H. (1982). *Opere*. Astrolabio, Roma.
- Erickson M.H., Rossi H.L, Rossi S.I., (1979). *Tecniche di suggestione ipnotica. Induzione dell'ipnosi clinica e forme di suggestione indiretta*. Roma: Astrolabio.
- Gulotta G. (1997). *Lo psicoterapeuta stratega*. Milano: Franco Angeli.
- Haley J. (1974). *La strategia della psicoterapia*. Firenze: Sansoni.
- Haley J. (1976). *Terapie non comuni*. Roma: Astrolabio.
- Milton H.E. (1983). *La mia voce ti accompagnerà. I racconti didattici*. Roma: Astrolabio.
- Nardone G. (2020). *Ipnoterapia senza trance. Parlare alla mente emotiva dell'altro*. Firenze: Ponte delle Grazie.
- Nardone G., Salvini A., (2004). *Il dialogo strategico*. Firenze: Ponte delle Grazie.
- Nardone G., Watzlawich P. (1990). *L'arte del cambiamento*. Milano: Edizioni Tea, 2010.
- Secci E.M., (2005). *Manuale di psicoterapia strategica*. Roma: Edizioni Carlo Amore.
- Secci E.M., (2016). *Le tattiche del cambiamento*, Youcanprint.
- Secci E.M., Duò C. (2008). *La comunicazione strategica nelle professioni sanitarie*. Cagliari: Prometeo.
- Skorjanec B. (2000). *Il linguaggio della terapia breve. Retorica e logica del cambiamento terapeutico*. Firenze: Ponte delle grazie.
- The Blokehead, (2016). *La programmazione degli obiettivi Smart: come prefiggersi degli obiettivi e raggiungerli adesso*. Yap Kee Chong.
- White M., (1992). *La terapia come narrazione*. Roma: Astrolabio.
- Widmann C., (2015). *Le terapie immaginative*. Roma: Edizioni Magi.

PICCOLE COSE DI VALORE NON QUANTIFICABILE.

Dr.ssa Flavia Garau



dott.ssa Flavia Garau
SCUPSIS
Scuola di Psicoterapia Strategico Integrata Roma



WORKSHOP

Domenica 21

MAGGIO 2023

10:00/14:00 • 15:00/19:00

SCUP SIS

SCUOLA DI PSICOTERAPIA
STRATEGICA INTEGRATA

SERAPHICUM



THE BUTTERFLY AND THE ELECTRON: THE INTEGRATION OF QUANTUM PHYSICS, MIND-BODY HYPNOTHERAPY AND PSYCHOTHERAPY IN THE TRANSFORMATION OF CONSCIOUSNESS.

Descrizione Workshop

Questo workshop esplorerà i concetti chiave e le variabili rilevanti per l'integrazione dell'ipnoterapia mente-corpo e della fisica quantistica nei processi di guarigione della psicoterapia e nella trasformazione della coscienza. Il protocollo di Resistenza di Erickson verrà utilizzato come modello per organizzare le fasi fondamentali di questo processo. L'attenzione sarà focalizzata sull'aumento della consapevolezza del professionista in relazione alla focalizzazione creativa dell'attenzione, l'utilizzo delle polarità e la fiducia nei processi di guarigione inconsci.

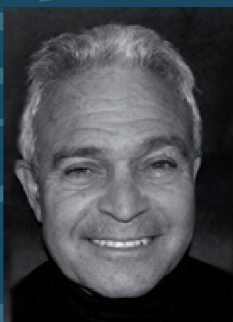
Destinatari del workshop:

Medici, Psicologi, studenti di Psicologia e di Medicina

Relatore

Dott. Bruce Gregory, Ph.D

Bruce Gregory, Ph.D. è terapeuta familiare, lavora da molti anni con individui, famiglie e organizzazioni. È stato Direttore di Master al Ryokan College per venticinque anni. Ha lavorato nel campo della dipendenza ed ha formato il personale dei centri di cura Promises e Cliffside. Le sue specialità nel settore della dipendenza includono il lavoro con dirigenti di alto livello, giovani adulti in difficoltà e famiglie che necessitano di cura. Bruce Gregory è da venticinque anni è relatore di seminari per la Ericksonian Foundation, riguardanti l'integrazione dell'ipnoterapia mente-corpo Ericksoniana con altre discipline terapeutiche, Tai Chi, meditazione buddista tibetana e fisica quantistica specificamente nel trattamento della resistenza, del trauma e dipendenza. È stato inoltre formatore per aziende quali American Express, Xerox e Travellers Insurance. Ha pubblicato molti articoli e diversi libri che integrano l'ipnoterapia mente-corpo Ericksoniana con la teoria della composizione musicale classica, il Tai Chi, la meditazione buddista tibetana, la matematica e la fisica quantistica. È stato anche relatore in workshop presso Esalen Institute in California.



SCUP SIS
SCUOLA DI PSICOTERAPIA
STRATEGICA INTEGRATA
SERAPHICUM



Via del Serafico, 3 00142 Roma
(zona EUR) - Metro Linea "B" - fermata laurentina

INFO E PRENOTAZIONI

Tel. (+39) 06 51 90 102

Fax (+39) 06 51 90 427

segreteria@seraphicum.it

segreteria@scupsis.org

Il costo del Workshop è di:

- 80 euro per professionisti
- 40 euro per ospiti di allievi o ex allievi SCUP SIS
- gratuito per gli studenti di medicina o psicologia non iscritti alla scuola di specializzazione

VIAGGIANDO SI IMPARA

INTERVISTA ALLA DOTTORESSA FRANCESCA ANDRONICO E LA PSICOLOGIA DEL VIAGGIO

di Giulia Zucchini

Abstract

I campi applicativi della psicologia si stanno moltiplicando. Ho conosciuto la Dottoressa Andronico in un viaggio per un progetto europeo a Cipro. Eravamo in camera assieme ed ho avuto molto tempo per scoprirla e scoprire i suoi interessi. Tra essi che, credetemi, sono molteplici, il più interessante è sicuramente quello della psicologia del viaggio. Questa intervista allontana lo sguardo dal ruolo standard dello psicologo, portandoci a focalizzare la nostra attenzione sul viaggio, i viaggiatori e noi: psicologi del viaggio.

Abstract

The application fields of psychology are multiplying. I met Doctor Andronico on a trip for a European project in Cyprus. We were in the same room so I had a lot of time to discover her and discover her interests. Among them which, believe me, are many, the most interesting is certainly the psychology of travel. This interview takes the gaze away from the standard role of the psychologist, leading us to focus our attention on the journey, the travelers and us: travel psychologists.

Intervista

Giulia: Buongiorno a tutti, quest'oggi siamo qui con la Dottoressa Andronico per analizzare un diverso ruolo dello psicologo, quindi non più seduto nella sua poltrona del suo studio ma in un ruolo del tutto diverso e più dinamico, almeno fisicamente. Siamo qui a nome della rivista psicologia clinica e psicoterapia oggi con direttrice Dottoressa Giovanna Celia. Francesca, anzitutto, come stai?

Francesca: Buonasera Giulia, siamo al tramonto quindi dico buona sera, sto molto bene grazie aiutata sicuramente da questo bellissimo panorama in sfondo, il tramonto di Cipro.

Giulia: Assolutamente il panorama e l'atmosfera aiuta molto l'umore. Francesca hai voglia di dirmi chi sei e di cosa ti occupi?

Francesca: Quanto tempo abbiamo? Dunque, la farò breve, io sono una psicologa ed anche una psicoterapeuta il mio percorso personale e professionale è certamente poliedrico, nel senso che ho rivestito ruoli diversi in diversi campi della psicologia ed ho avuto l'opportunità di lavorare in

diversi contesti sin da subito dopo l'abilitazione, dalla giuridica, alla medicina legale, all'università, ho lavorato in carcere, nelle scuole, insomma ho avuto le mie esperienze.

Giulia: Moltissime esperienze direi. Dopo queste hai deciso di cambiare e provarne un'altra, perché immagino tu sia una persona che ha bisogno di stimoli nuovi per sentirsi appagata, saremmo curiosi perciò di sapere quale nuovo stimolo ha colpito il tuo interesse in questo momento?

Francesca: Da tre anni a questa parte mi sono spostata in quella che è la psicologia del viaggio del turismo e della mobilità. Ho perciò fatto un riposizionamento professionale che è tutt'ora in corso perché prima di iniziare a lavorare in un nuovo campo si necessita sempre di un'adeguata formazione. Dietro questi riposizionamenti professionali c'è sempre e ci deve essere, una formazione accademica e di esperienza sul campo che sono imprescindibili, nessuno si improvvisa esperta in qualcosa senza un background di formazione.

Giulia: Per chi ci ascolta Francesca, magari nuovi colleghi o studenti di psicologia ancora spaesati, lo psicologo che si occupa di turismo e di viaggio, di cosa si occupa in concreto?

Francesca: La psicologia del turismo è una nicchia della psicologia del viaggio e delle organizzazioni che si occupa del comparto turistico lato operatori, cioè quelli che lavorano nel turismo, dagli animatori agli operatori ad esempio del turismo spirituale; ma anche lato organizzazione del lavoro turistico, quindi facendo esperienza di team building, crescita personale, aumentare le skills sociali ad esempio, la mobilità fa invece riferimento agli spostamenti in diversi paesi e il riportare le abilità acquisite in quegli spostamenti a casa, dove poter migliorare o incrementare alcuni aspetti.

Giulia: Quello che fai ti piace? Vedo un bel sorriso sul tuo volto quindi, posso immaginarmi la risposta.

Francesca: Moltissimo! È assolutamente in linea con la mia personalità.

Giulia: sono d'accordo. Che consiglio daresti a chi volesse intraprendere la tua stessa strada?

Francesca: Prima di tutto informarsi bene, cercando informazioni in siti ufficiali, ad esempio il sito del CNOP, dove ci sono i vari settori di impiego dello psicologo, cercare dei percorsi formativi che non per forza devono essere quinquennali ma almeno per avere un'idea di quello che si sta facendo ed infine, ma non per importanza, lavorare sulle importantissime competenze trasversali: abilità sociali, il lavoro di rete, lavorare in equipe. Farsi perciò un bagaglio di competenze che siano professionalizzanti per poi posizionarsi nella nicchia che più ci interessa ed anche quello che offre più stimoli lavorativamente a seconda delle aspettative del soggetto.



Giulia : secondo te Francesca si può conciliare la pratica clinica con la psicologia del viaggio?

Francesca: Certo! Attualmente io sono anche responsabile di un centro clinico, mi occupo di essere il responsabile scientifico, quindi del modello di trattamento e dell'impostazione del management. Il viaggio è uno strumento utile per incrementare molte capacità come dicevo prima, capacità che poi possono essere ben utilizzate nella pratica clinica in studio. Un nostro collega psicoanalista negli Stati Uniti ha anche coniato un nuovo modello di intervento che è la Dream Travel Terapy, associa cioè la pratica psicoanalitica con il viaggio, lavora sui sogni che i suoi pazienti fanno durante il viaggio, prescrivendone di terapeutici e poi ne analizza la dimensione onirica.

Giulia: Ultima domanda un po' personale. Credi che con la psicologia del viaggio tu abbia trovato il tuo posto nel mondo?

Francesca: Le vicende personali si intrecciano molto con la scelta del lavoro che andremo a fare, per quanto ci dicano che il setting debba essere disgiunto, internamente è impossibile, noi siamo il nostro strumento di lavoro. Il problema di trovare il mio posto nel mondo io ce l'ho sempre avuto, per una serie di questioni fisiche e caratteriali, ho sempre avuto difficoltà di adattamento. Questa cosa mi faceva molto soffrire, pesavo che magari ero io a non riuscire ad entrare in un ruolo. Finalmente dopo molti anni credo di aver trovato la mia dimensione, il tempo risponderà più concretamente a questa domanda ne sono certa. Posso dire che per ora sono molto più motivata e positiva rispetto agli anni passati.

Giulia: Grazie mille per questa intervista spero possa essere utile a molti. Arrivederci.



ph Viktoria Alipatova



Dott.ssa Giulia Zucchini

Psicologa, Neuropsicologa, psicoterapeuta strategico integrata



In Your Hands

Sostegno psicologico e psicoterapeutico
gratuito, online e in presenza,
rivolto a tutto il personale sanitario, a livello nazionale,
ed ai familiari delle vittime del Covid-19.



Orari e giorni accoglienza psicologica telefonica:
Lunedì, Mercoledì e Venerdì dalle ore 10:00 alle ore 13:00
Martedì e Giovedì dalle ore 16:00 alle ore 19:00

Tel: +39 06 86989183

progettoinyourhands@gmail.com

Un modello di didattica innovativa.

Formare gli studenti per
far fronte alle sfide
del 21esimo secolo,
creativi e innovatori,
disponibili al cambiamento.



Digital Learning A.S.2020/2021
dotazione di un iPad ad ogni alunno iscritto.

innovazione didattica
dalla primaria al liceo

www.seraphicum.com

Roma - Via del Serafico, 3 Tel. **06.51.90.102**



NIDO *Bilingue*

SCUOLA INFANZIA *Bilingue*

PRIMARIA

SECONDARIA DI PRIMO GRADO

LICEO SCIENTIFICO TRADIZIONALE

LICEO SCIENTIFICO SPORTIVO

LICEO SCIENTIFICO QUADRIENNALE

LICEO LINGUISTICO

LICEO MUSICALE E COREUTICO



Un progetto educativo completo per tutte le fasce di età e tutti i cicli scolastici,
in un unico Complesso, a Roma, quartiere EUR.

Iscrizioni ai corsi di studio

Cerchi informazioni su scadenze e modalità di iscrizione alle scuole dell'Istituto Seraphicum?

[SCOPRI DI PIÙ](#)

LE SCUOLE

Infanzia 0-6 anni
Scuola Bilingue



[SCOPRI DI PIÙ](#)

Scuola Primaria
Bilingue Paritaria



[SCOPRI DI PIÙ](#)

Scuola Secondaria
di Primo Grado Paritaria



[SCOPRI DI PIÙ](#)

Scuola Secondaria
di Secondo Grado Paritaria



[SCOPRI DI PIÙ](#)

**PSICOLOGIA CLINICA
PSICOTERAPIA OGGI**