

Bibliografia:

Mosconi A., Tirelli M., Neglia V., (2013), Il Quadrilatero Sistemico: Una Storia Per Narrare Altre Storie: Il caso di una supervisione sistemica in un Day Hospital Territoriale, *Terapia Familiare* n.101, pag. 67-92

Andrea Mosconi, Manuela Tirelli, Veronica Neglia

IL QUADRILATERO SISTEMICO: UNA STORIA PER NARRARE ALTRE STORIE *Il caso di una supervisione sistemica in un Day Hospital Territoriale¹*

1. PREMESSA

Nel presente articolo viene proposto un ulteriore utilizzo del Quadrilatero Sistemico. Di tale strumento sono già stati sottolineati in precedenti pubblicazioni alcuni importanti aspetti: a) l'origine, in quanto nato dall'osservazione della storia dell'Ottica Sistemica; b) i vantaggi, offerti nell'articolare le informazioni relative ad un problema, in livelli logici diversi ed identificabili; c) come tutto ciò faciliti la costruzione di ipotesi ben formate, e l'integrazione di differenti ottiche di lavoro con specifico riferimento alla "terapia sistemica individuale" (Mosconi, 2004, 2008a). In questo lavoro intendiamo approfondire, questi stessi aspetti, ma in riferimento al lavoro di supervisione nelle équipes. Verrà, dunque, portato come esempio, il suo utilizzo nella supervisione-casi in un Day Hospital Territoriale.² Questo permette di valorizzare il forte potenziale

¹ AUTORI: Andrea Mosconi: Psichiatra, Didatta del Centro Milanese di Terapia della Famiglia, Co-Direttore del Centro Padovano di Terapia della Famiglia
Manuela Tirelli: Psicologa, Psicoterapeuta. Responsabile del Day Hospital Territoriale
Veronica Neglia: Psicologa, Psicoterapeuta
Indirizzo mail per gli Autori: mosconia@gmail.com

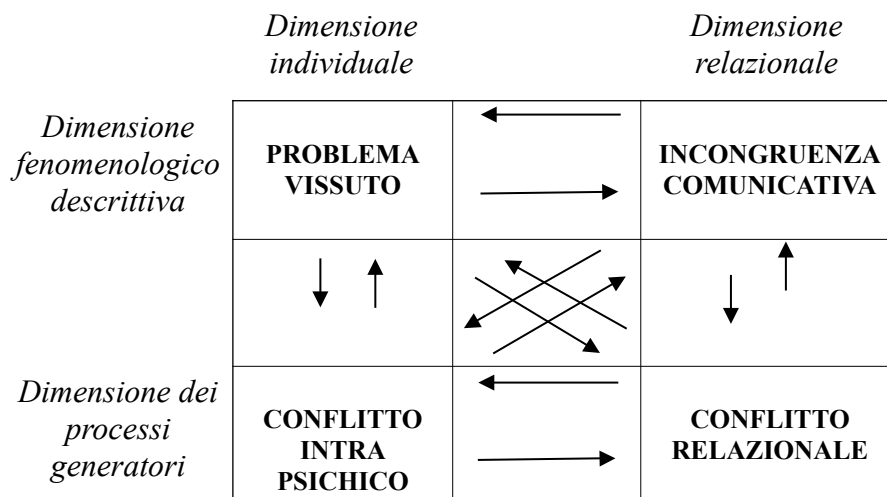
² Nel caso specifico, si tratta del Day Hospital Territoriale (DHT) afferente al CSM dell'Ospedale dei Colli dell'USSL 16 di Padova.

narrativo di tale strumento.

2. IL “QUADRILATERO SISTEMICO”: COSTRUZIONE E UTILIZZO

I quattro livelli logici interconnessi, che costruiscono il Quadrilatero Sistemico sono i seguenti: a) il problema vissuto, b) il conflitto intrapsichico, c) l’incongruenza comunicativa, d) il conflitto relazionale.

Relativamente al focus di questo lavoro, l'aspetto cruciale sta nel fatto che, l'identificazione di questi quattro livelli, offre importanti vantaggi nella prassi del supervisore sistemico. Primo fra tutti è di avere a disposizione una descrizione a tutto campo del problema. Il lato sinistro del Quadrilatero, infatti, permette di riflettere sulle **DIMENSIONI INDIVIDUALI** ed, il lato destro, su quelle **RELAZIONALI**. Inoltre, la parte superiore, descrive la dimensione visibile del problema che chiameremo **FENOMENOLOGICO-DESCRITTIVA**, mentre, la parte inferiore, quella non vista o delle dinamiche profonde che chiameremo dei **PROCESSI GENERATORI**. In questo modo il Quadrilatero può essere raffigurato come segue:



(Mosconi 2004, Rev. da Tirelli e Neglia 2007)

Si hanno, cioè a disposizione quattro livelli di descrittivi:

- Fenomenologico Individuale (la Narrazione del problema)

- Generatore Individuale (il Funzionamento Individuale)
- Fenomenologico Relazionale (le Modalità Comunicative del sistema)
- Generatore Relazionale (la Storia e le evoluzioni del Sistema)

Il secondo vantaggio è, quindi, di essere d'aiuto nel considerare, i quattro livelli, con lo stesso grado di importanza ed in interazione reciproca e circolare tra loro. Questo permette di eliminare qualsivoglia dicotomia tra Intrapsichico/Relazionale. Da tali considerazioni derivano i vantaggi sotto specificati:

VANTAGGI PER LA TERAPIA SISTEMICA

Permette di coordinare sui quattro livelli, diversi aspetti della terapia quali ad esempio:

- Mantenere costantemente e contemporaneamente attiva l'attenzione del terapeuta all'Individuo ed al Sistema. All'Individuo, al suo vissuto, al suo livello di sofferenza, al suo modo di descrivere, alle sue aree semantiche significative ed al suo sistema percettivo-reattivo prevalente ed, infine, a come tutto ciò si coordina con la funzione occupata da quella singola persona nel Sistema. Al Sistema, alla funzione occupata da ciascuno, alla complementarietà delle varie funzioni, alla storia del gioco familiare collettivamente co-costruito.

Questo può migliorare, a nostro avviso, la capacità del terapeuta di mantenere l'attenzione ben equilibrata su tutto l'insieme modellandosi su chi ha davanti ed influenzando positivamente su altri aspetti della conduzione della seduta quali ad esempio:

- La scelta dei temi dell'intervista con il paziente e/o con la famiglia. Essi seguiranno un continuum che, dall'espressione del disagio individuale, porterà verso i temi relazionali, ponendo maggiore attenzione ad un procedere progressivo dei temi connesso e senza salti.
- L'analisi del problema e la costruzione dell'ipotesi che dovrà percorrere temi adatti a ricoprire tutti i livelli (Mosconi e Tirelli, 1997; Gonzo, Mosconi e Tirelli, 1999), cercando la connessione tra le informazioni. A nostro avviso, infatti, un'ipotesi non è veramente sistemica se non arriva a comprendere e descrivere tutti e quattro questi livelli.

- La costruzione della struttura narrativa intrinseca dell'intervento. Questo, infatti, ripercorrendo quanto emerso ai diversi livelli, deve cercare di raffigurare un'immagine in cui ognuno si rispecchi.

Il vantaggio sarà di rendere più completa e meglio strutturata la conduzione di seduta. Ne verranno in definitiva amplificate le funzioni di “ricalco e guida” dell'intero sistema (Bandler, Grinder, 1975).

VANTAGGI PER L'INTEGRAZIONE DI DIFFERENTI OTTICHE DI INTERVENTO IN PSICOTERAPIA

La possibilità di eliminare, alla base, qualsivoglia dicotomia Intrapsichico/Relazionale, mostra ulteriori vantaggi particolarmente nel confronto con colleghi di altro indirizzo teorico permettendo un'integrazione anziché una contrapposizione. Questo mostra la sua particolare utilità nel lavoro di équipe e di supervisione, specie nelle istituzioni, dove spesso le differenti ottiche di lavoro sostengono simmetrie poco utili ai “malcapitati” pazienti. Al contrario il Quadrilatero:

- Permette di riconoscere la complementarietà esistente tra le ottiche di lavoro individuali e quelle relazionali.
- Permette di scandire e distribuire le osservazioni dei colleghi di ottiche differenti sulle quattro polarità: le teorie intrapsichiche e concernenti l'individuo sulle polarità a sinistra e quelle relazionali, sulle polarità a destra.
- Facilita la scelta e la scansione dei differenti livelli di intervento che l'équipe decide di mettere in atto per l'individuo ed il sistema facilitando, quello che abbiamo chiamato, il “Coordinamento Strategico degli Interventi” (Mosconi, 2010). Torneremo su questo concetto più avanti.

Nello specifico la descrizione di ognuno dei quattro livelli può venire favorita da alcune domande specifiche:

A) PROBLEMA VISSUTO: specifica il livello descrittivo e risponde alle domande:

- Come viene descritto il problema da ognuno?
- Come il paziente designato descrive se stesso ed il suo sistema?
- Come il sistema descrive se stesso ed il paziente designato?

- Quali comportamenti conseguono e costruiscono il problema?
- Quali aspetti e comportamenti, poi, ogni terapeuta ritiene maggiormente rilevanti?

B) CONFLITTO INTRAPSICHICO: descrive gli stati d'animo, il modo di porsi nella relazione e riunisce tutte le osservazioni che possono essere fatte a livello individuale sul paziente e sui diversi componenti il Sistema. È un punto delicato in quanto molto è stato detto in ogni Ottica di Psicoterapia. È facile, quindi, che proprio su di esso emergano molti contributi da parte dei partecipanti alla discussione. Questo rende necessario che si tenti di articolare con il gruppo una buona suddivisione delle domande secondo Assi (tipi logici) distinti ed identificabili a seconda della composizione del gruppo di terapeuti. Ad esempio:

Asse Psichiatrico

- Quale diagnosi al DSM-IV?
- Quale il livello di funzionamento sociale?
- Quali dati emergono dall'uso di eventuali test individuali?
- Quale la terapia farmacologica?
- Quali gli eventuali interventi in atto al momento della presa in carico?

Asse Psicodinamico

- Quale la struttura intrapsichica?
- I meccanismi di difesa e la struttura dell'Io?
- Quali gli aspetti transferali specie nella relazione con la struttura?

Asse Cognitivo-Comportamentale

- Quale l'idea di sé?
- Quale l'idea degli altri e del mondo?
- Quali aspetti dell'idea di sé sono maggiormente compromessi (p.es. autoefficacia, autovalutazione, ecc....)?
- Quale la relazione tra il sé ed il problema (egosintonico o egodistonico)?
- Quali le parole chiave utilizzate?

Asse Sistemico

- Quale il modo prevalente di definirsi nella relazione con gli altri (nel suo Sistema, nel Contesto Sociale)?
- Quali comportamenti maggiormente lo specificano, rinforzano?

- Quali le relazioni prevalenti (alleanze, coalizioni, simmetrie)?
- Quale la lettura prevalente degli eventi?
- Quale la definizione della relazione terapeutica?

Altri assi potranno essere aggiunti a seconda della composizione del gruppo dei terapeuti.

C) **INCONGRUENZA COMUNICATIVA**: descrive i circuiti di feedback tra i componenti del sistema e risponde alle domande:

- Cosa dice e fa ognuno?
- Quali le maggiori incongruenze nella definizione della relazione reciproca?
- Quali incongruenze rinforzano maggiormente il problema?
- Quali soluzioni cercate rinforzano maggiormente il problema?

In questo livello di descrizione devono essere inclusi sia i comportamenti/soluzioni attuati dal Sistema, sia le azioni derivanti dalle proposte del Sistema Terapeutico.

D) **CONFLITTO RELAZIONALE**: descrive quali conflitti, verificatisi nel tempo, possono giustificare le incongruenze osservate. Le domande:

- Come e dove il paziente ha imparato una certa idea di sé ed un certo modo di definirsi nelle relazioni?
- Attraverso quale percorso paziente e famiglia sono arrivati a questo punto?
- Quale storia di relazione giustifica quanto osservato?
- Quale conflitto è maggiormente connesso alla nascita e mantenimento del problema?
- Quali dati emergono dall'uso di eventuali test sistemici³ e loro congruenza con i dati desumibili dalle polarità destre del Quadrilatero?
- Cosa, in funzione di questa storia, paziente e famiglia cercano oggi dai terapeuti?

³ Con questo termine ci riferiamo a quei test che pongono il fuoco dell'attenzione sulle relazioni fra le parti del sistema familiare. Il loro obiettivo non è quello, cioè di valutare il singolo individuo, ma il modo in cui i componenti di una famiglia si rapportano fra loro. Nel caso qui trattato abbiamo, come vedremo, scelto di utilizzare il Faces III. Test che come è noto fa riferimento al Modello Circonflesso di Olson D. H. (Galimberti, Farina, 1992).

Gli ultimi due livelli di osservazione (Incongruenza Comunicativa e Conflitto Relazionale), prettamente sistemici, vengono ben illustrati dall'approfondimento dei temi base o “pilastri” fondanti l'ipotesi sistemica: a) storia del problema e suoi effetti pragmatici sul sistema; b) storia trigenerazionale del sistema; c) descrizione dei caratteri e delle relazioni; d) loro ipotesi sul problema; e) non-verbale (Mosconi e Tirelli, 1997; Gonzo, Mosconi e Tirelli, 1999).

Queste descrizioni rendono più evidenti le possibili complementarità. Dal nostro punto di vista tutto ciò permette di mantenere assolutamente centrale l' “ipotesi sistemica” arricchendola e rendendola più completa. Ne gioverà la chiarezza e la leggibilità di quanto si andrà proponendo al/ai paziente/i ed ai colleghi.

Si vuole, ora, portare ad esempio una supervisione nel Day Hospital Territoriale citato più sopra.

4. UNA SUPERVISIONE SISTEMICA IN UN DAY HOSPITAL TERRITORIALE⁴

Nel Day Hospital di cui parliamo, si pratica una psicoterapia di gruppo intensiva, ad orientamento sistemico, con una frequenza giornaliera di 5 giorni settimanali. L'obiettivo di questa struttura è di favorire la riattivazione di un processo evolutivo che coinvolga l'équipe curante, il soggetto e le persone per lui significative nella co-costruzione di nuove narrazioni del sé e delle proprie relazioni, all'interno delle quali il sintomo non abbia più ragione di esistere.

Ogni giorno vengono proposte attività terapeutiche differenti: si alternano gruppi a mediazione verbale, mediazione corporea (psicomotricità), musicoterapia, arteterapia e gruppo multifamiliare.. Gli approcci epistemologici degli operatori sono differenti, ma coordinati dalla responsabile. Una volta al mese uno degli autori svolge la funzione di supervisore ed analizza le difficoltà createsi nel percorso terapeutico di uno degli utenti.

⁴ Per maggiori approfondimenti sul funzionamento del Day Hospital Territoriale dell'USSL 16 di Padova si rimanda all'articolo Germani M.P., Tirelli M. (2011). Identità come oscillazione di appartenenze. Psicoterapia intensivo-sistemica in un Day Hospital Territoriale. In *Terapia Familiare*, 97: 31-59.

4.1 UN ESEMPIO CLINICO

Il caso clinico riportato è tratto da uno di questi incontri.

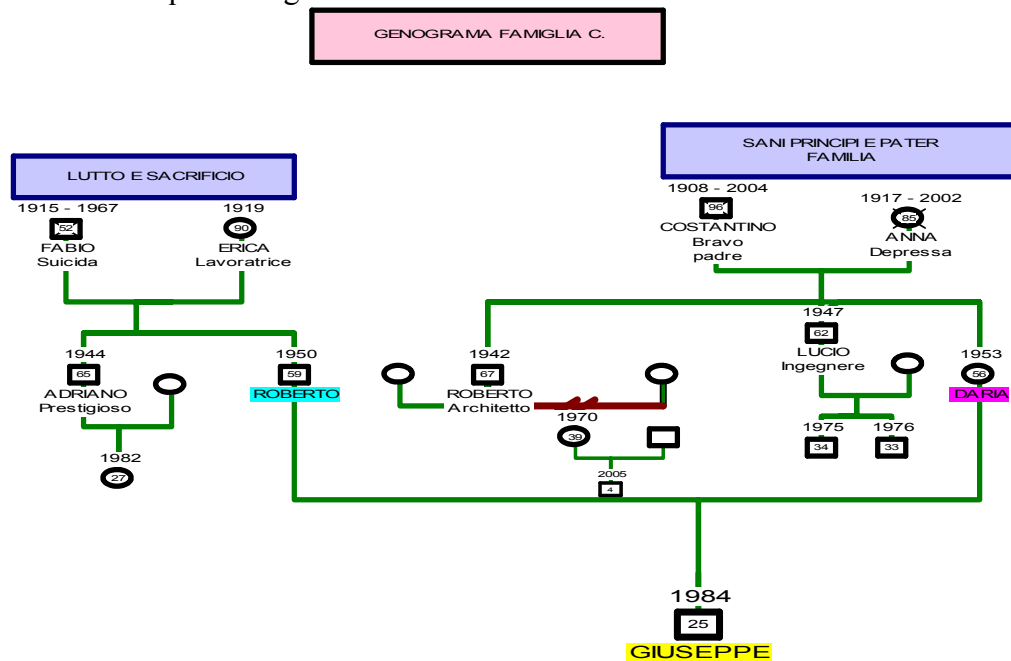
IL PROBLEMA di G. E LA RELAZIONE CON IL CENTRO

Giuseppe (di seguito G.) è stato segnalato al CSM da uno psichiatra amico di famiglia, preoccupato perché, da diversi mesi G., di 23 anni, ha smesso di frequentare l'Università e i coetanei, vive chiuso nella sua camera molto sporca, uscendovi solo per i pasti con i genitori, si lava continuamente le mani, al punto da procurarsi gravi escoriazioni e non accetta nessun tipo di aiuto.

Dopo la segnalazione viene effettuata una visita domiciliare. Sono presenti i genitori che sembrano non rendersi conto delle difficoltà del figlio. G., seccato, accetta a fatica di parlare con gli operatori: il suo unico problema, dice, è la mancanza di amici ("mi hanno tradito tutti"), per questo ha deciso di buttare anche il cellulare nella spazzatura. La vita di G. è regolata da molteplici fobie e ossessioni. I genitori riferiscono che nella stanza del figlio ci sono per terra e sui mobili fazzolettini di carta che egli usa per prendere in mano qualsiasi oggetto e che da mesi a nessuno è permesso entrare per pulire o fare ordine.

Gli operatori fissano un appuntamento al CSM, al quale egli si presenta solo per protestare per la visita domiciliare che lui ritiene una "invasione dei suoi territori". Si decide di effettuare una nuova visita domiciliare decidendo strategicamente di focalizzare l'attenzione sugli interessi culturali di G.. Viene, perciò, inviato un infermiere particolarmente adatto allo scopo. Lo scambio di idee crea un, seppur flebile, rapporto di fiducia al punto che G. accenna ad alcuni suoi vissuti di sofferenza. Ciò offre l'opportunità di invitarlo ad un successivo colloquio con lo psichiatra in ambulatorio. Durante quell'incontro G. viene invitato a frequentare il DHT, che gli viene descritto come un luogo in cui poter continuare le sue conversazioni confrontandosi con ragazzi suoi coetanei. Dopo molta incertezza G. arriva un lunedì mattina puntuale per il gruppo di psicoterapia. Anche in questo caso l'elemento iniziale di contatto è la discussione culturale. Rimane affascinato dalle possibilità di ascolto che gli offre il gruppo ed inizia a frequentarlo quotidianamente. Si rendono evidenti alcune ridondanze di comportamento. Il suo eloquio appare,

a volte, incontenibile e con un rigido attaccamento ad alcune idee riguardanti i doveri delle persone, manifesta, invece, una visibile difficoltà nei gruppi di psicomotricità e arteterapia. Si rifiuta di toccare i suoi compagni o mettere le mani nella creta. Quando questo iniziale atteggiamento oppositivo inizia a diminuire, i legami con i compagni sembrano essere più strutturati e la fase di aggancio di G. al DHT pare consolidata, l'équipe decide di effettuare una serie di conversazioni familiari, per aumentare le proprie informazioni sul sistema ed avere gli elementi per costruire un'ipotesi più completa. Ne risulta il quadro seguente:



STORIA DELLA FAMIGLIA D'ORIGINE DEL PADRE DI G.

Roberto (di seguito R.) (1950) nasce dal matrimonio fra il Sig. Fabio (di seguito F.) (1915-1967) e la Sig.ra Erica (di seguito E.) (1921), 6 anni dopo il primogenito Adriano (di seguito A.) (1944).

La storia della famiglia di R. è tragicamente segnata dal suicidio del padre, che si impicca all'età di 52 anni quando R. ne ha 17. Il signor F., ispettore della previdenza sociale, militante del partito comunista,

aveva subito una serie di delusioni in campo lavorativo e politico (negata la promozione, trasferimento di abitazione, espulsione dal partito). La Sig.ra E., insegnante di scienze, reagisce al suicidio del marito dedicando la sua vita al lavoro per mantenere i figli e dar loro l'opportunità di proseguire i propri studi ed intraprendere quelli universitari. Il figlio maggiore (A.), si laurea in fisica e si trasferisce a Milano dove tutt'ora vive con la moglie e la figlia. A. viene descritto da R. come uomo di successo. R. si laurea in medicina e aspira alla carriera universitaria, ma deve accontentarsi di fare l'aiuto chirurgo. Durante il colloquio di approfondimento R. sottolinea che: *"...ai lutti e alle delusioni è necessario reagire sacrificando le proprie aspirazioni ai propri doveri genitoriali come ha fatto mia madre"*, mostrando, così, di avere abbracciato il mito del sacrificio proprio della sua famiglia d'origine.

STORIA DELLA FAMIGLIA D'ORIGINE DELLA MADRE DI G.

Il padre, Sig. Costantino (di seguito C.) (1906–2004), è ingegnere e ha posseduto un'industria ben avviata che viene chiusa quando, a 70 anni, egli non può più curarne la gestione. Viene descritto come "uomo di destra", burbero, brontolone, integerrimo, dai sani principi. Sua moglie la Sig.ra Anna (di seguito A.) (1914-2002) fa la casalinga ed è spesso malata e costretta a letto. Hanno tre figli: Roberto (di seguito Ro.) (1942) si laurea in architettura; Lucio (di seguito L.) (1947) si laurea in ingegneria, ma non vuole occuparsi dell'azienda paterna, che per questo viene chiusa; Daria (di seguito D.) (1953) ultimogenita e femmina viene indirizzata agli studi umanistici, congruentemente con il mito familiare che vuole le donne fragili e dedicate totalmente al ruolo materno. D. nel colloquio mostra di avere investito molto nell'essere madre, ed in questo esprime l'aver fatto suo il mito dei sani principi e del "pater familiae" che sembra essere caratteristico del suo sistema.

STORIA DELLA COPPIA GENITORIALE

R. e D. si conoscono a Padova nel 1974. Entrambi studiano all'Università, lui medicina, lei lettere. I due si sposano dopo circa tre anni, concluso il loro percorso accademico. Inizialmente si trasferiscono a Bologna dove R. ha trovato lavoro come ricercatore alla facoltà di medicina. Dopo circa due anni e mezzo egli perde,

tuttavia l'incarico e la coppia, costretta dalle difficoltà economiche, torna a Padova ospite dalla signora E., madre di R. Dopo qualche tempo D. inizia a lavorare come insegnante e R. viene assunto come chirurgo in un Ospedale.

G. nasce nell'84, 10 anni dopo il loro primo incontro. D. vorrebbe interrompere il lavoro per fare solo la madre, ma il marito non è d'accordo, ritenendo che ciascun adulto debba essere autonomo sul piano economico. Inizia così un conflitto di coppia. Nel 1995, dopo un'infedeltà coniugale del marito, D. ha una forte depressione che richiede un lungo ricovero. Successivamente il marito "le concede" di lavorare part-time. G., allora, ha 11 anni. Da quel punto si ristabilisce una sorta di equilibrio familiare fino ai 15 anni di G. quando iniziano le prime difficoltà.

STORIA DI G. E DEL SUO PROBLEMA

G. nasce nel 1984, da un parto prematuro che rende necessaria una terapia antibiotica ed intubazione per circa un mese, in regime di ricovero. La madre torna a lavorare quando G. ha un anno mentre, una baby sitter, si prende cura del bambino fino all'87, anno in cui inizia a frequentare la scuola materna. La madre ricorda di essere stata iper-protettiva in quel periodo poiché suo figlio era "fragile e piccolino". All'età di sei anni viene proposto per G. un intervento di psicomotricità che i genitori rifiutano temendo che questo possa far etichettare il figlio come "handicappato". Già a quell'età G. era "un bambino particolare", non propenso al gioco, alle attività manuali e all'incontro con i coetanei (la madre dice: "*al parco parlava con le signore, al calcio osservava la porta, pestato un escremento di cane cammina per strada in punta di piedi per diversi anni*"). A scuola ha buoni risultati ed anche se continua ad avere pochi amici i genitori si rassicurano. Verso i 15 anni, però, si assiste ad un peggioramento delle fobie e dei rituali ossessivi: le porte devono essere chiuse per proteggere G. dagli sguardi dei vicini, i genitori hanno l'obbligo di cenare all'ora che decide il figlio e di mangiare ciò che lui ritiene opportuno, sono eliminate le carni rosse a seguito del caso della mucca pazza. Il regime in casa appare sempre più pesante. Mentre il padre tenta, con furibonde discussioni, di reagire, la madre accetta passivamente. Concluso il liceo classico a pieni voti, G. si iscrive alla

Facoltà di Informatica dove, con difficoltà, termina gli esami del primo anno. Non esce più di casa e i rituali ossessivi aumentano: è impossibile usare internet poiché foriero di virus e materiale da scaricare illegalmente; nessuno può toccare il padre quando rientra dal lavoro per evitare la contaminazione con i batteri con i quali lui viene a contatto durante gli interventi chirurgici; la suola delle scarpe deve essere lavata appena rientrati in casa; G. si deve lavare le mani ogni volta che viene a contatto con qualsiasi oggetto che non faccia parte della sua camera. Progressivamente G. perde sempre più i contatti con l'esterno mentre aumentano i rituali ossessivi fino ad arrivare al giorno in cui viene segnalato al CMS.

PROBLEMA CHE L'ÉQUIPE PORTA IN SUPERVISIONE

Al momento della supervisione l'équipe concordava di essere riuscita a far sì che G. si fidasse del gruppo. Restava, però, perplessa rispetto alle modalità sintomatiche che continuavano soprattutto a casa e sentiva, inoltre la necessità di comprendere le proprie risonanze emotive. A tal fine veniva presa la decisione di riflettere con il supervisore sull'insieme dei dati raccolti dall'équipe unitamente a quelli degli operatori del CSM.

4.2 L'UTILIZZO DEL QUADRILATERO SISTEMICO NELLA STRUTTURAZIONE DELLE INFORMAZIONI SUL CASO DI G.

Come detto nell'équipe multidisciplinare partecipante alla supervisione venivano messi a confronto diversi approcci teorici. Il contesto permetteva, perciò, di mettere alla prova la capacità del Quadrilatero di organizzare le informazioni. Nell'espone le risposte che il gruppo degli operatori si è dato, per maggior chiarezza sull'utilizzo dello strumento, seguiremo la traccia offerta dalle domande relative alle quattro polarità già esposte più sopra.

DIMENSIONE INDIVIDUALE:

a.1 Il problema vissuto

a.1.1 Come viene descritto il problema da ognuno? G. sostiene che il suo problema sia legato al fatto che gli amici lo hanno abbandonato e nessuno vuole parlare più con lui. Il padre pensa che il figlio sia capriccioso e viziato mentre, la madre ritiene che G. non possa che

avere esigenze particolari, perché molto fragile e nato prematuro.

a.1.2 *Come il paziente designato descrive se stesso e il suo sistema?* G. si descrive vittima dell'attaccamento a regole predefinite del padre che non tengono conto delle sue particolari esigenze che vengono comprese, invece, dalla madre.

a.1.3 *Come il sistema descrive sé stesso e il paziente designato?* La famiglia si descrive come una buona famiglia della borghesia padovana con un figlio eccentrico e bizzarro.

a.1.4 *Quali comportamenti conseguono e costruiscono il problema?* Il sistema si comporta isolandosi dal resto del mondo e ciò determina una definitiva perdita delle relazioni di G. e della famiglia.

a.1.5 *Quali aspetti e comportamenti vengono ritenuti rilevanti dai terapeuti?* Lo psichiatra osserva, al momento della presa in carico, flessione del tono dell'umore in senso depressivo con spunti paranoidei e isolamento sociale, fobie, in particolare per lo sporco e per le infezioni e rituali ossessivi. Lo psicologo evidenzia la difficoltà di G. a manifestare le emozioni, blocco delle scelte di vita con basso funzionamento sociale e scarsa attenzione alla cura di sé. Inoltre ritiene rilevante la conflittualità fra G. e il padre. Lo psicomotricista e la musicoterapeuta rilevano la grande rigidità che caratterizza il movimento e la scarsissima partecipazione alle attività non-verbali.

a.2 Il conflitto intrapsichico

Asse psichiatrico

a.2.1 *Quale diagnosi al DSM-IV?* In Asse I, viene diagnosticata un Disturbo Ossessivo Compulsivo con scarso Insight. Sull'Asse II un Disturbo di Personalità Borderline.

a.2.2 *Quale il livello di funzionamento sociale?* L'indice di funzionamento sociale, sull'Asse IV, può essere collocato in un range fra 40 e 50.

a.2.3 *Quali dati emergono dai test individuali?* Non sono stati somministrati test individuali.

a.2.4 *Quale la terapia farmacologica?* Zyprexa 10 mg, Efexor 150 mg.

a.2.5 *Quali gli eventuali interventi in atto al momento della presa in*

carico? Non era stato attivato nessun intervento.

Asse psicodinamico

a.2.6 *Quale la struttura intrapsichica?* G. mantiene un certo livello di coerenza del pensiero che, a volte, diventa carente di fronte all' invasione delle angosce di livello psicotico. L'iper controllo delle emozioni ed in particolare dell'aggressività fanno ipotizzare un blocco alla fase anale.

a.2.7 *I meccanismi di difesa?* Utilizza difese molto rigide, razionalizzazione, pensiero ossessivo per difendersi dalle angosce psicotiche che pur emergono nel forte utilizzo di meccanismi proiettivi.

a.2.8 *Quali aspetti transferali specie con la struttura?*

Nelle relazioni si pone in una modalità passivo-aggressiva.

Asse cognitivo comportamentale

a.2.9 *Quale l'idea di sé?* G. si propone agli altri come “il moralizzatore”, “il giusto”, l'unico che rispetta le regole e cerca disperatamente di farle rispettare agli altri.

a.2.10 *Quale l'idea degli altri e del mondo?* Per G. gli altri sono decisamente irriverenti rispetto alle regole. Il mondo funziona male perché le persone non le rispettano.

a.2.11 *Quali aspetti dell'idea di sé sono compromessi?*

In G. risulta fortemente compromessa la capacità di valutare adeguatamente il proprio funzionamento.

a.2.12 *Quale la relazione fra il sé e il problema?*

Il problema di G. è egosintonico, non ritiene di aver bisogno di aiuto. Si presenta come “quello giusto”, corretto. E' come se dicesse: “imparate tutti da me”.

a.2.13 *Quali le parole chiave?*

Le parole chiave individuate sono: virus, giustizia, asetticità, regole, morale.

Asse sistemico

a.2.14 *Quale il modo prevalente di definirsi nelle relazioni con gli altri?* G. si definisce prevalentemente in maniera simmetrica sia nella sua famiglia che nel contesto sociale. È, tuttavia, evidente che riesce ad essere “up” solo con i comportamenti sintomatici, mentre con tutte o quasi le altre modalità comportamentali risulta “down”.

a.2.15 *Quali comportamenti maggiormente lo specificano e rinforzano?* Mette in atto dei comportamenti molto rigidi ritualizzati e ordina ubbidienza agli altri, ma si ritira dalle relazioni in ogni altra occasione.

a.2.16 *Quali le relazioni prevalenti?* G. è alleato con la madre e in simmetria con il padre.

a.2.17 *Quale la lettura prevalente degli eventi?* G. legge gli eventi come frutto della cattiveria del mondo o conseguenza di inadempienza alle regole.

a.2.18 *Quale la definizione della relazione terapeutica?* Ritiene di non aver bisogno di nulla, frequenta il gruppo per insegnare la giusta morale.

DIMENSIONE RELAZIONALE

b.1 Le incongruenze comunicative

b.1.1 *Cosa dice e fa ognuno?* G. dice che il mondo è pericoloso ed è necessario restare protetti in casa evitando le contaminazioni e fuori rispettando rigorosamente le regole. La madre dice che il proprio figlio è molto delicato va dunque protetto con tutte le forze da un mondo percepito come pericoloso. È accomodante rispetto alle richieste di G. nell'intento di non farlo arrabbiare. Il padre dice che ognuno deve trovare il proprio posto nel mondo ed essere capace di gestirsi. Lavora e mantiene la famiglia, aspettandosi che, al più presto, ognuno possa badare a sé stesso.

b.1.2 *Quali le incongruenze nella definizione della relazione reciproca?* G. risente della mancanza delle barriere intergenerazionali per cui non gli è mai chiaro se gli viene richiesto di prendere il posto del padre per proteggere la madre o se, al contrario, viene sollecitato a farsi proteggere viste le sue fragilità. La madre condivide con il figlio l'idea che è necessario farsi proteggere e lo chiede, con la sua depressione, al marito intensamente concentrato sul suo lavoro. R. accetta con fatica di occuparsi della moglie malata e del figlio poco autonomo pensando, in cuor suo, che dovrebbero sapersi arrangiare.

b.1.3 *Quali incongruenze rinforzano il problema?* I genitori non hanno nei riguardi di G. uno stile educativo condiviso. La madre

appoggia le sue istanze patologiche nell'intento di non innervosirlo, mentre il padre cerca di riportarlo alla "ragione", G. cerca di opporsi al padre mantenendo, tuttavia, la dipendenza dalla madre.

b.1.4 *Quali soluzioni cercate rinforzano maggiormente il problema?*

La soluzione tentata del sistema è la chiusura al proprio interno. Questa, ovviamente, rinforza il problema e cioè l'isolamento sociale di G. e la conflittualità fra i due genitori.

b.2 Il conflitto relazionale

b.2.1 *Come e dove il paziente ha imparato una certa idea di sé?* Si ipotizza che, il sentirsi di G. come fragile e bisognoso di essere protetto, sia da connettere alla relazione elettiva che il ragazzo ha sviluppato con la madre legato, anche, all'evento della nascita precoce. Il suo essere fragile lo rende però potente perché lo mette nella condizione di non poter essere attaccato, e quindi, di credere di poter controllare tutti.

b.2.2 *Attraverso quale percorso paziente e famiglia sono arrivati a questo punto?* Si ritiene che possa esistere un conflitto di coppia coperto e che i coniugi non si siano mai differenziati dai miti delle famiglie di origine.

b.2.3 *Quale storia di relazione giustifica quanto osservato?* Dall'indagine familiare emergono due temi centrali legati alle proprie famiglie di origine: per il marito il mito del *lutto e sacrificio* mentre, per la moglie, quello dei *sani principi e del pater familiae*.

b.2.4 *Quale conflitto è maggiormente connesso alla nascita e mantenimento del problema?* Il conflitto fra i coniugi si acutizza quando la moglie, coerentemente con l'idea di famiglia costruita nel suo sistema primario, vuole licenziarsi dal lavoro per occuparsi solo del figlio. Il marito, in coerenza con il suo mito familiare, ritiene sia necessario sacrificarsi e non cedere alle proprie fatiche.

b.2.5 *Quali dati emergono dall'uso di eventuali test sistemici e loro congruenza con i dati desumibili dalle polarità destre del Quadrilatero?* In questo contesto è stato utilizzato il Faces III⁵. Nel

⁵ Tale test fa riferimento al Modello Circonflesso di Olson D. H. , esso misura due variabili, ritenute significative nel definire il benessere della famiglia: la Coesione (grado di vicinanza-lontananza relazionale fra i membri) e l'Adattabilità (grado di flessibilità di ciascun componente rispetto alle fasi del

test G. non mostra alcuna motivazione al cambiamento come se, il comportamento bizzarro messo in atto, fosse l'unica strategia adattiva al suo sistema famiglia. La madre invece auspica un cambiamento verso una coesione sempre più invischiata, accompagnata da una totale assenza di regole. Si propone, cioè, di costruire una struttura familiare non adeguata alla fase di passaggio da adolescente ad adulto che dovrebbe naturalmente avvenire vista l'età anagrafica del ragazzo. Il padre auspica un cambiamento verso una famiglia rigidamente disimpegnata. Il modo di collocarsi dei due genitori all'interno del Modello Circonflesso conferma che la caratteristica della loro relazione di coppia è la simmetria. Inoltre si nota che la posizione della madre e del figlio, sia quella derivante dalla descrizione della famiglia reale che quella derivante dalla descrizione della famiglia ideale, sono molto vicine, cosa che indica un loro comune pensare e quindi una loro alleanza. La collocazione della descrizione della famiglia sia reale che ideale del padre è distante da quella degli altri due, facendo pensare ad una scarsa connessione con entrambi.

4.3 CONSIDERAZIONI E COMMENTI DEL SUPERVISORE E DISCUSSIONE CON L'ÉQUIPE

A questo punto il supervisore sollecita l'équipe a connettere le informazioni emerse ai diversi livelli, cercando le analogie secondo la nota formula “e.....e” e non “o.....o”.

Ne nasce la sintesi che esponiamo di seguito.

OSSERVAZIONI SULLA DIMENSIONE INDIVIDUALE

Viene affrontato innanzitutto l'Asse Psichiatrico della diagnosi, ritenuto indispensabile per avere un comune punto di partenza, soprattutto in un Sistema “multiottica” come quello istituzionale. La sua definizione, inoltre, favorisce la disponibilità dei partecipanti ad articolare i contenuti successivi.

Il problema di cui G. è portatore è, dunque, descrivibile, al DSM-IV,

ciclo vitale della famiglia). Permette di cogliere la rappresentazione che ciascun membro ha sia della famiglia percepita che di quella ideale. E' possibile così evidenziare graficamente il gioco delle alleanze ed il grado di soddisfazione di ciascun soggetto e di conseguenza la sua propensione al cambiamento (Galimberti, Farina 1992).

come Disturbo Ossessivo Compulsivo con Scarso Insight in Asse I, e in Asse II, come Disturbo di Personalità Borderline. Sugli Assi Psicodinamico, Cognitivo e Sistemico è interessante notare come essi presentino un insieme di osservazioni assolutamente complementari. L'osservata rigidità dei meccanismi di difesa nella gestione delle emozioni e delle pulsioni, specie aggressive e sessuali, la forte tendenza alla sublimazione delle stesse, alla razionalizzazione ed alla proiezione sul mondo esterno, portano G. a rinforzare un'idealizzazione dell'Io che risulta fragile copertura di un'insicurezza relazionale. Tutti questi elementi si rinforzano reciprocamente e sostengono i comportamenti rituali dove, le angosce di tipo psicotico, sono gestite attraverso difese ossessive. Queste sembrano reggere il gioco [dell'Io](#) ideale finché riescono ad imporsi sugli altri per poi crollare, se messe in discussione, lasciando spazio al vissuto depressivo e paranoide e ad una chiusura quasi psicotica. Sul piano cognitivo si rinforza così la bassa auto-efficacia nelle relazioni. A ponte, poi, tra l'Asse Cognitivo e quello Sistemico si può osservare come, il funzionamento di G., corrisponda a quanto osservato da Ugazio (1998) per le polarità del sé, tra cui si dibattono pazienti fobici ed ossessivo-compulsivi. G., infatti, oscilla tra l'immobilità e la successiva irrazionalità legato com'è, al circuito riflessivo bizzarro, caratteristico di chi ha sintomi ossessivi: un'immagine di sé buona, sacrificale (e per questo mortifera), ed una cattiva, non sacrificale (e per questo a rischio di perdere l'amore delle persone significative). Tutto ciò si accorda con quanto rilevabile sull'Asse prettamente Sistemico. La definizione di sé nelle relazioni contiene, sul piano pragmatico, un paradosso: G. con le razionalizzazioni ecc... cerca di definirsi "up", ma la difficoltà nella gestione delle emozioni suscitate dal tentativo di relazione simmetrica con l'altro, finiscono con il farlo sentire perennemente "down". Inoltre, le soluzioni trovate adottando le già citate modalità difensive, finiscono con l'essere "soluzioni che rinforzano il problema" in quanto non modificano, di fondo, la definizione di sé nella relazione. Questo sembra rafforzare quel vissuto soggettivo di costrizione e responsabilità, fragilità e difficoltà ad entrare in intimità con gli altri attraverso un controllo, eccessivo, delle emozioni,

osservato in questo tipo di disturbi (Mosconi, 2005, 2010).

OSSERVAZIONI SULLA DIMENSIONE RELAZIONALE:

Spostandoci, ora, alla dimensione relazionale osserviamo le incongruenze comunicative reciproche che sembrano in correlazione al conflitto intrapsichico. Alla definizione paradossale di sé di G., i genitori sembrano rispondere in modo altrettanto paradossale.

Per sintetizzare le informazioni relative alla Dimensione Relazionale viene proposta una lista di: Domande Progressive per la Costruzione dell'Ipotesi (DPCI):

A) Chi erano il padre e la madre nel proprio sistema, che idea di sé avevano mutuato e quale modo di definirsi nella relazione (denominato “pattern tipico individuale”)?

Il genogramma familiare ed, il confronto tra i diversi stili relazionali, ci permette di ipotizzare che R. sembra aver mutuato uno stile relazionale simile al papà, eroe idealista e perdente, cui era, probabilmente, più vicino. Resta la curiosità su come la mamma sopportasse questo modo di essere del marito se condividendolo, o con qualche fatica. Se questo fosse, potrebbe risultare più pesante la posizione di R. in famiglia rispetto a quella del fratello A. che era, forse, più vicino alla madre. Perso il padre suicida all'età di 17 anni R., ha ceduto il passo ad A., suo fratello maggiore. Questi, se già non lo era prima, è divenuto il “figlio prestigioso” (Selvini Palazzoli e coll., 1988) con l'appoggio di mamma. È, quindi, questa “*la famiglia della vita dura cui bisogna far fronte*” dove il padre, con il suicidio, abbandona i figli spingendo la moglie a lavorare e a divenire una persona ad un tempo mitica e distante dalla famiglia. R. ha proseguito nel suo copione di figlio del padre perdente ma, facendo suo, anche parte del modello di una madre resa così ammirevole dal suicidio del marito. Egli, quindi, potrebbe essersene venuto via dalla sua famiglia con un “*enorme bisogno di essere sostenuto e valorizzato ed una difficoltà a reggere i conflitti*”.

La famiglia di D. sembra dominata dalla differenza esistente tra papà e mamma: l'industriale “burbero ed integerrimo” Lui, la debole sottomessa e malata Lei. Il mito familiare è: “*la famiglia Rossi, quella dei sani principi*” dove il padre imponeva le proprie regole quanto al sostentamento e all'educazione familiare. Questo

probabilmente sottendeva un conflitto di coppia. Nessuno dei figli sembra aver simpatizzato, particolarmente, per il padre, nessuno ne ha seguito la professione, tanto che lui dovette chiudere la fabbrica. D. sembra aver mutuato il modo di essere della madre cui forse era più vicina. Se ne è quindi venuta via “*predisposta ad essere sottomessa e ad incassare*”.

B) Quali ipotesi si possono fare sul loro “quid pro quo di coppia” e quale paradosso implicito poteva nascondere?

Il loro “quid pro quo” potrebbe essere stato del tipo *Relazione di sostegno “down – down” o “la zattera di salvataggio”* (Mosconi, Gallo 2008b). Questo caratterizza il rapporto che nasce tra due persone “perdenti nella propria famiglia” e che trovano in questo loro essere “buoni ed infelici” un elemento comune che li porta a darsi reciprocamente sicurezza e sostegno. A volte, in questo rapporto, uno dei due assume un ruolo di guida sull'altro. Al sorgere delle difficoltà della vita coniugale, che spesso iniziano con la nascita di un figlio, la coppia si trova di fronte al paradosso: “come confluire con chi è debole come me”. In quella occasione, infatti, uno dei due partner si sottrae al contratto di solidarietà, dovendosi occupare del figlio, lasciando l'altro sprovvisto di appoggio. Ne nascono conflitti spesso coperti e sottaciuti che, dato lo stile relazionale dei partner ed il “quid pro quo” “*down – down*”, tendono a favorire la scelta di un sintomo come manifestazione del disagio.

C) Quali i loro maggiori conflitti e quando si sono generati?

Per R. e D. la nascita di G. attiva il conflitto. R., come detto, cercava compensazione affettiva in D. che, per la sua storia, era disponibile a stare, nella relazione con lui, nella posizione down. E' ipotizzabile che i coniugi avessero, in un primo tempo, trovato un loro equilibrio, basato sul loro vivere come studenti e compagni di appartamento, come due 'figli infelici' che si sostengono. Il diventare genitori li ha però costretti a negoziare i propri miti di appartenenza ai quali erano, d'altro canto, saldamente ancorati; miti e significati antagonisti: “*la famiglia Rossi, quella dei sani principi*” contro “*la famiglia della vita dura cui bisogna far fronte*”. D. partorito un bambino gracile e settimino dedica tutte le sue attenzioni al piccolo. Ad R. inizia, perciò, a pesare la dipendenza e l'incapacità della moglie di

sostenerlo nell'affrontare il mondo. D. tornerà solo brevemente al suo lavoro di insegnante che sospende, nel '95. Ma il '95 è anche l'anno in cui R., dopo la faticosa rinuncia alla carriera universitaria, non riesce a vincere il primariato in ospedale ed è anche l'anno dell'infedeltà coniugale di R., della sua crisi depressiva di D. e della richiesta di part-time. Forse R. appesantito da quanto stava accadendo, non tollerando più la dipendenza della moglie, trova consolazione in un rapporto extraconiugale. D. però riesce a riottenere l'attenzione del marito con le sue crisi depressive. Tuttavia ciò la costringe ad allentare la relazione iperprotettiva con il figlio. Contemporaneamente G. ha 11 anni ed entra in adolescenza. In questo modo la nascita e la crescita di G. diviene "la goccia che fa traboccare un vaso" già pieno delle divergenze nate per le difficoltà economiche, gli insuccessi lavorativi, il rientro presso la casa di R., l'idea divergente di come essere padre e madre in famiglia.

D) Quale posto e funzione ha preso il paziente nei loro conflitti e come il suo problema interagisce circolarmente con essi?

Con le sue difficoltà G. assume progressivamente un posto centrale nel conflitto genitoriale. Il padre e la madre definiscono la relazione con G. in modo contraddittorio: la madre si aspetta che G. le stia accanto, come se gli comunicasse "tu sei per me più importante di tuo padre, sei quello che lui non ha saputo essere per me"; il padre invece gli comunica "è ora che cominci ad esplorare il mondo, come ho fatto io da giovane nonostante il suicidio di mio padre". È come se i due genitori di G. si dicessero attraverso il figlio: D.: "Volevo un compagno migliore di mio padre a cui appoggiarmi, per poter così fare la mamma e la moglie come mia madre ed allevare nostro figlio. Volevo un padre più accudente con nostro figlio". E, a ciò, R. rispondeva: "Volevo una compagna indipendente come mia madre che ha sempre lavorato e che ha saputo cavarsela con i figli, anche dopo il suicidio di mio padre, e non una che mi sta addosso e dipende da me e che serve e vizia nostro figlio". Ciò che viene qualificato come una dote dall'uno sembra essere definito come un difetto dall'altro. Inoltre essi sembrano chiedere al figlio azioni non adeguate alla sua età, rimandandogli un'immagine di immaturità e di inettitudine. G. sembra ricevere, così, il messaggio paradossale

ipotizzato da Sluzki e Veròn (1971) *“Sii indipendente, per quanto, naturalmente, tu sia incapace di esserlo”*. Forte, inoltre, è la semantica del bene/male, buono/cattivo di questa famiglia. In essa sembra esservi l’adesione ad una concezione “sottrattiva” della bontà, per cui il buono è chi rinuncia ai propri desideri e interessi, dunque chi si sacrifica (Ugazio 1998). G. ha sperimentato a lungo un legame simbiotico ed esclusivo con la madre,. Egli, tuttavia, nel periodo che va dagli 11 ai 15 anni, cioè dal ‘95 al ‘99 si è trovato con una madre più lontana, perché depressa ed affaccendata a riconquistare il marito. Proprio in questi anni, infatti, la coppia tenta un riavvicinamento. G., sentendosi escluso, prova, invece, ad essere indipendente senza averne, però, maturato veramente la capacità. E’ possibile ipotizzare che G., adolescente, abbia vissuto le istanze vitali come la sessualità, l’affermazione di sé, e gli investimenti su persone o cose non familiari, con emozioni di colpa e suscitanti disgusto, in interazione con la struttura semantica del proprio nucleo familiare, in cui, la polarità della purezza e dell’innocenza (istanza materna) non aveva trovato un adeguato compromesso con quella dell’abnegazione associata, però, alla rinuncia alle pulsioni (istanza paterna). Così, per risolvere la situazione di conflitto interiore in cui si trovava, G. inizia ad accentuare i comportamenti ritualizzati e di controllo. Ma questi sono, come detto, soluzioni che rinforzano il problema, ed egli entra, così, nell’escalation sintomatica. La madre viene di nuovo richiamata in un legame molto stretto con il figlio ed il padre, che cercava di riprendere il suo posto accanto alla moglie, viene tenuto distante dalle “regole” di G.. R., a quel punto, può essere riaccettato e considerato in famiglia per gestire i sintomi del figlio. Il linguaggio e la semantica del sintomo sembrano essere perfettamente coordinati con quelli del sistema: G. ha paura di contaminarsi, ossia paura che in casa arrivino virus fra cui anche quelli che il padre “raccolge” quando esplica la propria professione di chirurgo, e che potrebbero determinare contagi. In questo modo G. diviene centrale. Il problema serve a lui per arginare le sue angosce psicotiche ed, al sistema, per arginare l’angoscia della propria dissoluzione conflittuale.

CONSIDERAZIONI SULLA RELAZIONE TERAPEUTICA

L’équipe viene preliminarmente invitata a considerare il gruppo

“come nuovo contesto che ri-attualizza le dinamiche relazionali apprese in famiglia, ma che costituisce anche un nuovo sistema relazionale capace di stimolare nuovi apprendimenti. Viene suggerito, inoltre, che i punti di attrito tra le due realtà vanno presi in attentissima considerazione in quanto costituiscono il campo su cui lavorare”. (Tirelli M., Vismara F., Mosconi A. 1995; Mosconi A. 2000). In questa cornice di significato l'équipe ha la possibilità di connettere tutto il materiale prodotto dal paziente sia nelle attività verbali che in quelle manuali, psicomotorie o a valenza proiettiva. Esso viene, così, ad arricchire sia le osservazioni sulle polarità intrapsichiche ed individuali che relazionali.

La prima considerazione è che la lettura fatta fin qui sembra rendere comprensibili le ridondanze comportamentali di G. nella relazione con l'équipe terapeutica ed anche le diverse risonanze emotive degli operatori. Ad alcuni egli è apparso seduttivo, coinvolgente, intellettualmente raffinato, come colui che sfida mettendo, in alcune occasioni, a dura prova la pazienza degli operatori; ad altri è apparso invece fragile, sensibile, bisognoso di affetto e di protezione. Tali polarità emotive vengono connesse alle relazioni che G. ha appreso in famiglia. Il suo comportamento, scisso tra adulto e infantile, sembra rappresentare, da un lato, negli elementi di difesa la relazione con il padre e dall'altro, negli elementi di tenerezza, la relazione con la madre. Sembra, quindi, comprensibile che egli si trovi ad essere più abile nelle attività di gruppo verbali rispetto a quelle non verbali. G., quindi, sembra esplorare le relazioni del gruppo come fosse alla ricerca di una famiglia alternativa ed, al tempo stesso, temere di ricevere i medesimi feedback. Acquistano, così, una loro comprensibilità le differenze di comportamento che G. mette in atto a casa con i genitori e al DHT con i compagni di gruppo e con gli operatori. Riportiamo nella tavola seguente il confronto tra quanto tratto dal colloquio con i genitori di G. e quanto emerge in supervisione:

| COME SI COMPORTA IN CASA: (D: Daria) (R: Roberto) | COME SI COMPORTA IN DHT: (Op: diverse figure professionali che si occupano di G.) |
|--|--|
| D: “è un bradipo, è contrario ai limiti di tempo, quando lui rallenta io accelero e mi | Op: “G. è sempre in orario, si muove con il gruppo senza problemi” |

| | |
|---|--|
| innervosisco ad aspettarlo” | |
| R: “si arriva ad un livello di schiavismo per cui la mamma gli pulisce le suole delle scarpe prima di uscire” | Op: “è autonomo, fa tutto da sé e si gestisce da solo” “nel giro di poco si è adeguato perfettamente alle regole e ai tempi del DHT” |
| R: “per venirme fuori più velocemente possibile noi gli dichiariamo il falso” | Op: “argomentazioni ben supportate e uso del piano di realtà sono utilizzate con G. così come con gli altri pazienti” |
| D: “prima dei pasti il cibo va sempre concordato sennò è un inferno” | Op: “mangia con gusto e in buone quantità ciò che la mensa offre” |
| D: “non ha più amici” | Op: “ha stretto importanti rapporti di amicizia, in alcune occasioni diventa il leader del gruppo”, “durante le festività porta fiori a tutte le utenti” |
| R: “spesso non riusciamo a fargli cambiare idea, protesta per ore fuori dalla mia camera da letto” | Op: “pur protestando inizialmente, accetta tutto ciò che gli viene proposto”, “partecipa attivamente ai gruppi” |

Si può osservare come, quando G. si sente parte di un sistema in cui non vi sono incongruenze comunicative e dove i ruoli e i confini sono più chiari e definiti (DHT), mostra di avere risorse e competenze relazionali che lo rendono capace ed adeguato alle richieste del contesto. Il Day Hospital sembra quindi un buon contesto di sperimentazione evolutiva e di apprendimento. La famiglia, dal canto suo, sembra chiederci di restituirle “il pezzo aggiustato”. È, questo, un atteggiamento frequente all'inizio di un percorso terapeutico. Esso va interpretato come ovvia conseguenza della necessità di tenere lontana la conflittualità di cui si è parlato. Risulta anche comprensibile come la mamma si presenti all'équipe come più accorata e comprensiva ed il padre come più sulle difensive. Lei, infatti, può essere alla ricerca di alleati che sostengano la sua idea di essere madre mentre Lui può temere di essere messo sul banco degli imputati. L'équipe può così vedersi, più chiaramente al centro di questi movimenti simmetrici del Sistema Famiglia e comprendere che, se G. esplora ed apprende nuovi modi di essere in Day Hospital e, contemporaneamente, non avviene un processo di evoluzione nella coppia, il lavoro fatto rischia di bloccarsi.

OBBIETTIVI DEL PERCORSO TERAPEUTICO

Il supervisore propone di riflettere su come costruire ora un migliore “Coordinamento Strategico degli Interventi”(Mosconi 2010). È, questo, l'ulteriore utilizzazione, conclusiva, del Quadrilatero

Sistemico. Tale concetto vuole sottolineare la necessità che gli interventi proposti da un'équipe vengano pensati come un Sistema di pattern di comunicazione organizzato strategicamente a diversi livelli per incidere sui punti nodali che connettono il problema individuale presentato con le caratteristiche relazionali del sistema. Come in una seduta il Terapeuta organizza la propria conversazione utilizzando gli strumenti linguistici al fine di produrre determinati effetti di cambiamento, un piano terapeutico coordinato va inteso come una “conversazione” che un intero Servizio conduce con un paziente ed il suo Sistema. Tenendo, infatti, come riferimento l'ormai inoppugnabile inscindibilità tra Intrapsichico e Relazionale, l'équipe viene sollecitata a pensare come distribuire tutti gli interventi facenti parte del proprio programma terapeutico, scandendoli sulle quattro polarità per agire sinergicamente a tutti i livelli. Per fare ciò gli operatori vengono ulteriormente stimolati ad uscire dall'idea di verità ed unicità del proprio intervento per riflettere su di una concezione più pragmatica e strategica degli interventi stessi .

Questo permette di articolare le seguenti considerazioni:

Considerazioni generali

- Il programma del DHT è ben organizzato e ricopre tutte le polarità.
- Maggiore attenzione va data, tuttavia, nel mantenere una connessione tra, gli operatori che lavorano sugli aspetti individuali, e quelli che lavorano sugli aspetti relazionali, in modo che venga sottolineato come gli uni possono favorire gli altri.
- Per G. il messaggio sotteso che farà da cornice all'intero progetto di intervento sarà: *“Ti stai impegnando ad essere piccolo per dare senso alla vita dei tuoi genitori. Così proteggi loro, ma tenere tutto sotto controllo quanto ti costa? Quanto tempo vuoi togliere ancora alla tua vita?”*

Considerazioni sulla dimensione individuale (livelli A e B)

- È importante che, l'esperienza al Day Hospital, permetta a G. di integrare un'idea della realtà e, del rapporto con gli altri, meno esigente nei suoi confronti e meno scissa tra “sani principi” e “vita dura”.
- Sembra, inoltre, importante non restare affascinati né indispettiti dagli aspetti infantili che G. propone. Dunque l'équipe dovrà, da un

lato essere meno accogliente e materna, sollecitando G. a sperimentarsi nel mondo, dall'altro restituirgli un'immagine positiva degli eventuali insuccessi, in modo da favorire la riacquisizione di un'immagine positiva di sé.

- Sarà importante tenere conto che oggi G. è più abile con le parole e dunque, nelle attività verbali, e meno con il corpo e le emozioni. Questo aspetto va utilizzato come risorsa da cui partire. Le attività corporee e proiettive (lavoro manuale, arte-terapia, psicomotricità) saranno certo le più importanti al fine del cambiamento in quanto sollecitano abilità nuove. Bisognerà, quindi, dargli il tempo di accedervi con pazienza. Su questi aspetti l'incoraggiamento del gruppo può essere molto importante.

Considerazioni sulla dimensione relazionale

- Sul piano dell'“incongruenza comunicativa” sarà importante fare confrontare G. con il paradosso per cui, più razionalizza e nasconde le emozioni per paura degli insuccessi o delle sanzioni, e meno risolve il suo problema. Questo lavoro di ristrutturazione dovrà essere il focus cui puntano sia le attività corporee e proiettive che le sedute di terapia di gruppo a prevalenza verbale.
- Al fine di facilitare questo delicato passaggio di ridefinizione sarà necessario coinvolgere tempestivamente anche i genitori. È assolutamente importante che essi conoscano il progetto terapeutico sia nelle sue premesse che nei suoi obiettivi. Essi devono prendere in considerazione che questo loro divergente modo di comunicare con il figlio non è vantaggioso per lui. Dalle considerazioni fatte risulta, tuttavia, più chiaro all'équipe che è stato bene programmare tali incontri solo dopo che G. ha allentato le difese ed ha stabilito un buon legame con il gruppo.
- Sul piano del “conflitto relazionale” tale percorso permetterà anche di toccare il tema dell'unità di coppia. Questa sarà la sede in cui, probabilmente, si potranno affrontare anche gli eventuali conflitti relativi alle scelte di vita per il futuro di G..
- È importante che, in tutto questo percorso, l'équipe faccia attenzione a suddividersi i compiti e definire molto chiaramente chi, al proprio interno, si occuperà delle attività di lavoro terapeutico con il singolo, e chi con il sistema. Questo permetterà

di evitare che, nei momenti di fatica per il cambiamento, il sistema si disperda o “familiarizzi” l'équipe nei propri conflitti. Ovviamente gli operatori dovranno scambiarsi le informazioni e tenere i percorsi connessi. Gli operatori che intervengono sul piano individuale potranno se necessario intervenire nelle sedute familiari.

- Il Supervisore suggerisce che idealmente sarebbe utile anche per altre situazioni un percorso più o meno così costruito: a) uno o due incontri a sistema riunito per fare l'ipotesi e mettere le basi del programma, b) iniziare con il lavoro sulle dimensioni individuali sino a miglioramento delle capacità di verbalizzazione e matacomunicazione del paziente, c) ripresa degli incontri di terapia familiare per procedere in un'ottica di co-evoluzione con il lavoro individuale avendo cura di tenere connessi i due percorsi.
- Le tecniche utilizzabili con i genitori potranno essere dapprima Psicoeducazionali, nel tempo che il paziente lavora sulle proprie modalità relazionali, e successivamente Sistemiche (lavoro esplicito sulla storia e sulle relazioni) quando i due percorsi si faranno paralleli.
- Nel Coordinamento Strategico degli Interventi è importante che la riunione di Équipe mantenga la direzione dell'intero percorso.

5. CONCLUSIONI

Non abbiamo molto da aggiungere. Speriamo di avere delineato, attraverso le considerazioni riportate sopra, l'utilità dell'uso dello strumento proposto la cui applicazione in supervisione, ha permesso di cogliere la complessità connettendo il livello Individuale e Relazionale sia sul piano Fenomenologico-Descrittivo, che su quello Generativo-Processuale. Inoltre esso ha creato l'opportunità di raggiungere un'analisi unitaria, attraverso l'uso di cornici teoriche comuni, valorizzando le diverse professionalità e formazioni, creando un gruppo di lavoro più coeso e più capace di condividere il significato della storia trattata e delle metodologie per la costruzione del percorso di cambiamento.

Bibliografia

- Bandler R., Grinder J. (1975). *Patterns of the Hypnotic Techniques of Milton H. Erickson*. California: Meta Publications - Cupertino (trad. it.: *I Modelli della Tecnica Ipnotica di Milton H. Erickson*. Roma: Astrolabio, 1984).
- Cronen V.E., Johnson K.M., Lannamann J.W. (1982), Paradoxes, Double Binds, and Reflexive Loops: An Alternative Theoretical Perspective. *Family Process*, 21: 91–112. (trad. it.: Paradossi, doppi legami e circuiti riflessivi: una prospettiva teorica alternativa. *Terapia Familiare*, 14: 87-121, 1983:).
- Galimberti C., Farina M. (1992). *FACES III, uno strumento per la ricerca e l'osservazione clinica della famiglia*. Milano: Vita e pensiero.
- Germani M.P., Tirelli M. (2011). Identità come oscillazione di appartenenze. Psicoterapia intensivo-sistemica in un Day Hospital Territoriale. *Terapia Familiare*, 97: 31-59
- Gonzo M., Mosconi A., Tirelli M. (1999). *L'intervista nei Servizi Socio-Sanitari: uno strumento conoscitivo e d'intervento per gli operatori*. Milano: Ed. Cortina.
- Mosconi A., Tirelli M. (1997). Dalla Scheda Telefonica alla Cartella Dati. *Ecologia della Mente*, 2: 67-93.
- Mosconi A. (2000). Suggestioni sistemiche per un lavoro terapeutico di gruppo in strutture comunitarie: il caso di un gruppo di reparto in una divisione di lungodegenza psichiatrica. *Connessioni*, 9: 109 - 121
- Mosconi A. (2004). Terapia relazionale-sistemica con l'individuo. Una sfida per l'integrazione di diverse ottiche di lavoro". *Terapia Familiare*. 76: 64 – 68.
- Mosconi A. (2008a). Terapia relazionale-sistemica con l'individuo: il "Quadrilatero Sistemico" come riferimento per la costruzione di un'ipotesi ben formata e l'integrazione di differenti ottiche di lavoro, ovvero: "fai una buona ipotesi e poi fai quello che vuoi". *Connessioni*. 20: 55- 82
- Mosconi A., Gallo L. (2008b). Psicoterapia sistemica di coppia: la decostruzione dei paradossi del "quid pro quo" come base di un percorso terapeutico coerente. In: Chianura

P., Schepisi L., DellaRosa A.C., Menafro M.R., Peruzzi P. a cura di *Le relazioni e la cura, Viaggio nel mondo della psicoterapia relazionale*. pp. 180-190, Milano: Franco Angeli.

- Mosconi A. (2010). “Il Concetto di ‘Coordinamento Strategico degli Interventi’ come strumento per la costruzione di un piano terapeutico integrato”. II° Congresso Internazionale SIPPR del Mediterraneo, *La mente relazionale e l'intersoggettività. Il contributo della psicoterapia sistemica al dialogo tra biologia e psicologia*, Bari, 21-22-23 Gennaio 2010.
- Mosconi A., Gallo L. (2011). “L'intervento in ottica sistemica nei disturbi d'ansia. Indicazioni e scelte strategiche” In: Chianura P., Chianura L., Fuxa E., Mazzoni S. a cura di (2011) “*Manuale Clinico di Terapia Familiare – Volume I: Progressi Relazionali e Psicopatologia*”, pp.51-71. Milano: Franco Angeli
- Selvini Palazzoli M., Cirillo S., Sellini M., Sorrentino A.M. (1988). *I giochi psicotici nella famiglia*. Milano: Cortina.
- Sluzki C.E., Veròn E. (1971). The Double Bind as a Universal Pathogenic Situation. *Family Process*, 10: 397–410.
- Tirelli M., Vismara F., Mosconi A. (1995). Gruppo di reparto in una Divisione di Lungodegenza Psichiatrica. In: *A che punto è la Psichiatria: Esperienze in campo istituzionale* pp. 17-25.
- Ugazio V. (1998). *Storie permesse storie proibite, polarità semantiche familiari e psicopatologie*. Torino: Bollati Boringhieri.

Titolo “il Quadrilatero sistemico: una storia per narrare altre storie. Il caso di una supervisione sistemica in un Day Hospital Territoriale”

Riassunto

Gli autori presentano l'utilizzo del modello denominato Quadrilatero

Sistemico come strumento utile alla connessione ed integrazione di Ottiche Teoriche differenti. L'esempio presentato nell'articolo è la Supervisione di un'équipe multidisciplinare di un Day Hospital psichiatrico. Viene innanzitutto descritta la struttura ed il significato dei quattro livelli descrittivi che lo costituiscono. Ne vengono poi approfonditi i vantaggi per la terapia e per la supervisione soprattutto quando coesistono operatori di differente impostazione clinica. Esso infatti offre una traccia per poter integrare osservazioni cliniche derivanti da differenti Ottiche Teoriche disponendole in un continuum che collega Intrapsichico e Relazionale in una descrizione armonica. A tal fine ognuno dei quattro livelli del Quadrilatero viene approfondito con alcune domande specifiche. Ogni operatore può così integrarsi ponendo le proprie osservazioni nel livello che più sembra adatto. Ne emerge una descrizione in cui ognuno si riconosce sia per quanto riguarda l'interpretazione clinica che per il coordinamento degli interventi. Tutto ciò a vantaggio del paziente.

Parole chiave:

Quadrilatero Sistemico, Supervisione, Équipe, Psicopatologia, Day Hospital, Psicoterapia

Title "The Systemic Quadrangle: one story to tell other stories. The case of a systemic supervision in a Territorial Day Hospital"

Abstract

The authors present the usage of the model called " The Systemic Quadrangle "as a tool useful for the connection and integration of different theoretical approaches. The example presented in the article is the supervision of a multidisciplinary team in a psychiatric Day Hospital. The structure and the meaning of the four levels that make up the tool are described first. The advantages for therapy and supervision are then further examined, especially in a context with operators with different clinical background. The model offers a guideline useful to integrate clinical observations obtained from different theo-

retical approaches, by laying them in a continuum that links Intra-psychic and Relational in a unified harmonic description. To do this each of the four levels that comprise the model is further developed by asking specific questions. Each operator can thus integrate his/her observations into the most appropriate level. The resulting description reflects everybody's contribution for both clinical interpretation and intervention coordination, to the patient's advantage.

Keywords:

Systemic Quadrangle, Supervision, Team, Psychopathology, Day Hospital, Psychotherapy