

Situarsi: posizionamento ed emozioni in terapia sistemica

Claudia Lini, Paolo Bertrando

[Ricevuto il 1° giugno 2016

Accettato per la stampa il 19 novembre 2017]

RIASSUNTO

La posizione reciproca di terapeuti e pazienti è da sempre oggetto di attenzione nella terapia sistemica. Altri modelli terapeutici danno invece maggiore centralità alla consapevolezza emotiva. Questo articolo propone un'integrazione tra i due concetti. Abbiamo definito tale integrazione "situarsi". Riteniamo che, attraverso la lente del situarsi, il terapeuta possa acquisire una migliore comprensione dei dilemmi e delle difficoltà nella vita relazionale dei pazienti, oltre ad avere a disposizione un utile strumento per orientare la propria attività clinica. I diversi modi di usare il situarsi in terapia sono descritti attraverso l'analisi di un caso clinico.

Parole chiave: *teoria sistemica, terapia sistemica, teoria clinica, posizionamento, emozioni.*

SUMMARY – *Placing oneself: location and emotion in systemic therapy*

The therapists' and clients' reciprocal positioning has always been an area of concern to systemic therapists. Other therapeutic models emphasise, instead, the therapist's emotional awareness. This article proposes an integration of these two concepts. We define such an integration as "emotional positioning". We believe that, through the lens of emotional positioning, the thera-

CLAUDIA LINI – Didatta, Scuola di Psicoterapia Sistemico-Dialogica.

E-mail: lini.claudia@libero.it.

PAOLO BERTRANDO – Direttore, Scuola di Psicoterapia Sistemico-Dialogica, Bergamo.

E-mail: studio.ildialogo@gmail.com.

DOI: 10.3280/TF2018-117002

ISSN 0391-2868, ISSN e 1972-5442

TERAPIA FAMILIARE/FAMILY THERAPY 117, LUGLIO 2018

pist may reach a better understanding of dilemmas and problems in her patients' relational lives, as well as gain a better orientation for her clinical activity. The ways of using emotional positioning in therapy are illustrated through the analysis of a clinical vignette.

Key words: systemic theory, systemic therapy, clinical theory, positioning, emotions.

Per quanto la posizione dell'individuo nei sistemi umani sia da sempre molto considerata in terapia sistemica, lo è soprattutto in quanto posizione del terapeuta nel sistema terapeutico (Bertrando, 2014a). Vorremmo qui adottare una prospettiva più ampia, in due sensi: pensiamo che, in primo luogo, comprendere la nostra posizione ci possa orientare in ogni aspetto della vita; in secondo luogo, che il processo abbia esiti significativi solo se riusciamo a dare un senso a come ci sentiamo nella posizione in cui siamo. Si tratta di un'attività duplice, che consiste nel valutare la propria posizione e insieme rendersi consapevoli delle proprie emozioni. Proponiamo di definirla con il termine "situarsi".

Il situarsi, come lo intendiamo, è l'equivalente di una istantanea in fotografia. Una posizione emotiva catturata sulla mappa (su una delle possibili mappe) di una situazione esistenziale. Il terapeuta usa la propria capacità di situarsi per aiutare i pazienti a situarsi a loro volta nei sistemi significativi della loro vita. Acquisita la capacità di situarsi, la persona potrà poi fotografarsi in diverse istantanee, che gli permetteranno di orientarsi entro il flusso e il divenire della propria esperienza, dandole un miglior senso delle sue possibilità e scelte. Per meglio introdurre il discorso, faremo l'esempio di un caso clinico.

CASO CLINICO

Il caso è stato seguito privatamente, in coterapia, da una coppia eterosessuale di terapeuti (gli autori di questo articolo). La coppia che ci chiede una terapia è composta da Marta, 46 anni, e Giulio, 47 anni, entrambi impiegati. Sono sposati da 17 anni e da 10 anni Marta ha intrapreso un percorso filosofico e spirituale di conoscenza di sé, di quelli usualmente etichettati come "new age", che l'ha portata a riconsiderare il suo ruolo all'interno delle relazioni. Racconta di aver vissuto gli ultimi anni di matrimonio in una sorta di prigione, facendosi carico dei bisogni di tutti, in particolare dell'accudimento di Francesco, nato con gravi problemi fisici; madre e figlio avevano sviluppato fino ai 4 anni una vera e propria simbiosi, in cui il padre aveva poco spazio e poco ne chiedeva. Marta aveva così ridimensionato ambizioni, aspettative professionali, desideri di conoscenza e di approfondimento culturale, persino possibilità di coltivare amicizie e incontri, tutte cose per lei vitali; Giulio le

era stato e le sta tuttora accanto, ma è come se non fosse mai riuscito a entrare in una comunicazione profonda e ad arricchire il rapporto: si è fatto organizzare da Marta, convincendosi anche di far bene perché eseguiva tutto quanto la moglie gli diceva di fare. Sono passati gli anni, i ragazzi sono diventati più indipendenti, Marta ha iniziato a recuperare i propri interessi, e si è così stabilita tra i coniugi una relazione che Marta vive come piatta e insipida, mentre Giulio dirà che a lui sembrava una “buona relazione tranquilla”.

Giulio arriva in terapia per primo, perché, dice: “Se non parlo con qualcuno impazzisco: mia moglie mi ha detto che mi tradisce da cinque anni con uomini diversi”. Non è stato Giulio a scoprire il tradimento, è stata Marta a rivelarglielo, perché vorrebbe continuare a coltivare quello che definisce come “poliamorismo”, ma con il benessere di lui. Marta né si sente in colpa, né vuole abbandonare questo stile di vita per rientrare nella routine coniugale: chiede di mantenere il matrimonio e la famiglia come relazione primaria, legittimandosi però ad amare contemporaneamente uno o più altri uomini.

Nel corso della terapia, risulta difficile modificare le posizioni nella coppia. Giulio rimane fedele alla sua idea, piuttosto tradizionale, di matrimonio e famiglia come impegno preso una volta per tutte, senza possibili ripensamenti, mentre Marta rivendica le sue possibili trasgressioni come aperture a diversi modelli di vita. Per entrambi sembra vitale non cedere sulla questione di principio, anche se per converso non sembrano pronti a una separazione: Giulio la teme apertamente, Marta la dichiara spesso come possibilità, ma senza mai alcun movimento concreto in proposito. Dietro l'intransigenza ideologica di entrambi si intravedono le rispettive fragilità, il desiderio di essere accettati nonostante le imperfezioni e i sensi di inadeguatezza che sembrano profondamente accomunarli.

Noi terapeuti ci sentiamo in difficoltà. Per superare quella che cominciamo a percepire come una impasse, è necessario concentrarsi da un lato sulle posizioni reciproche nostre e loro, dall'altro sulle rispettive emozioni. Le domande cui dobbiamo rispondere (e cui devono rispondere a loro volta, sia pure in altro modo, anche Marta e Giulio) sono essenzialmente due: “dove sono?” e “come sto?”.

“DOVE SONO?”. LA POSIZIONE DEL TERAPEUTA NEL SISTEMA

Nella storia nel pensiero sistemico, la riflessione sulla posizione del terapeuta ha assunto un aspetto duplice. Da un lato, il concetto si riferisce all'atteggiamento che il terapeuta assume nei confronti dei suoi pazienti e degli altri attori presenti nel sistema terapeutico; dall'altro, alla sua localizzazione (e alla consapevolezza della medesima) entro il metaforico spazio del sistema.

POSIZIONE COME ATTEGGIAMENTO: DALLA NEUTRALITÀ ALL'IRRIVERENZA

Come in ogni forma di psicoterapia, anche nella terapia della famiglia si è prestata attenzione alla relazione terapeutica (si veda, per tutti, Minuchin, 1974). Nell'ambito più strettamente sistemico, il primo gruppo di Milano ha affidato le sue considerazioni in proposito all'ultimo, importante articolo firmato insieme, "Ipotizzazione, circolarità, neutralità" (Selvini Palazzoli *et al.*, 1980a). In esso, era prescritta al terapeuta la neutralità; che, a dire il vero, non era tanto raccomandata come posizione interiore, quanto come conseguenza dei suoi comportamenti: i pazienti in terapia non avrebbero dovuto, se mai se lo fossero chiesti, essere in grado di dire se il terapeuta parteggiava per qualcuno o qualcun altro. Karl Tomm (1987) ha poi riformulato la neutralità come vero e proprio atteggiamento del terapeuta, che, oltre a non prendere posizione verso i diversi componenti di una famiglia o di un altro sistema umano, non avrebbe dovuto neanche favorire una qualche teoria del cambiamento sopra un'altra.

Sono state le autrici femministe a opporsi (fieramente) al concetto stesso di neutralità, proprio perché avrebbe legittimato uno stato delle cose caratterizzato dal predominio maschile e maschilista, trascurando gli stereotipi di genere e, al limite, persino la violenza e l'abuso (Goldner *et al.*, 1990). Ma già in precedenza, l'idea di neutralità, legata com'era a una nozione di terapeuta come osservatore onnisciente, spassionato e distaccato, era entrata in crisi: se consideriamo il terapeuta come parte in causa nella terapia, inestricabilmente legato ai suoi pazienti, la neutralità è un mito. Per superare questa impasse, Gianfranco Cecchin (1987) è ricorso a teorizzare la curiosità che recupera, in termini di disposizione del terapeuta, la provvisorietà insita nella nozione di ipotesi. Spostandosi costantemente da una visuale all'altra, da un punto di vista all'altro, da un legame all'altro, il terapeuta può evitare la trappola di una posizione parziale e squilibrata, senza per questo pretendere di essere neutrale.

Ancora a Cecchin è dovuta l'idea di irriverenza (Cecchin, Lane e Ray, 1993): il terapeuta non solo dovrebbe evitare la trappola del completo distacco da un lato, dell'eccessivo attaccamento a una sola visuale dall'altro, ma anche quella di una posizione teorica che lo rinchiuda in un letto di Procuste. Il terapeuta irriverente non solo eviterà di lasciarsi condizionare dalle costrizioni che vengono da pazienti e altri membri del sistema terapeutico, ma anche dalle proprie stesse teorie, per quanto rilevanti siano. A questo fine, diventa utile per il terapeuta rendersi il più possibile cosciente dei pregiudizi che (inevitabilmente) porta in terapia (Cecchin, Lane e Ray, 1997).

POSIZIONE COME LOCALIZZAZIONE: IL SISTEMA SIGNIFICATIVO

Per quanto anche altri orientamenti in terapia familiare se ne siano occupati (vedi Bowen, 1973), l'idea di posizione come localizzazione del terapeuta è stata per la prima volta esplicitata da un altro tardo contributo del primo gruppo di Milano, l'articolo "Il problema dell'inviante in terapia familiare" (Selvini Palazzoli *et al.*, 1980b). In esso il gruppo analizzava l'impatto di diversi tipi di inviante sull'attività dei terapeuti, mostrando come questi ultimi fossero condizionati da un evento, l'invio, in precedenza considerato periferico e sostanzialmente estraneo al processo terapeutico. Se l'inviante è prestigioso, il terapeuta rischia di perdere autorevolezza, se invece l'inviante fa parte della famiglia – reale o metaforica – del paziente, il terapeuta rischierà l'invischiamento. La mappa del sistema terapeutico inizia così ad ampliarsi.

A partire da questa prima intuizione, è stato sviluppato il concetto di sistema significativo (Boscolo e Bertrando, 1993), considerato come tutto l'insieme delle persone e istituzioni coinvolte nella vita dei pazienti, ben al di là della famiglia. Sono presi in considerazione, oltre alla famiglia stessa (nucleare, d'origine e allargata), l'inviante, l'ambito del lavoro o della scuola, le amicizie e il gruppo dei pari, oltre a tutti i sistemi di cura psichiatrica, medica e sociale, e alle altre istituzioni pubbliche, come giustizia e polizia. Come in un quadro di Escher, poi, il sistema significativo comprende anche il terapeuta che lo individua e delimita, e che deve rendersi consapevole di quali siano le sue relazioni con tutti gli altri attori, individuali e istituzionali. La sua posizione in questo spazio virtuale è la risultante dell'insieme di tutte queste relazioni.

Un concetto analogo, sviluppato nello stesso periodo dal gruppo di Galveston, Texas, facente capo a Harry Goolishian, è quello di *problem-determined system*, "sistema determinato dal problema". Secondo Goolishian e Winderman,

«i sistemi determinati dal problema sono sistemi linguistici composti di domini intersecantisi di esperienza linguistica, che continuamente si evolvono e cambiano con un numero di attori che aumenta o diminuisce. Ciò che riunisce tali attori è la comune esperienza di obiezione allarmata verso un fenomeno comportamentale da essi percepito. (...) Così, affermiamo, i sistemi non creano i problemi; l'uso del linguaggio rispetto ai problemi crea i sistemi» (1988, p. 135).

Più radicali dei terapeuti di Milano nel sovvertire le classiche categorie della terapia familiare, questi autori estendono ulteriormente i confini dei sistemi umani ma, allo stesso tempo, finiscono per definirli come "sistemi linguistici", vedendo quindi il sistema umano più come un insieme di

discorsi che come un raggrupparsi di persone viventi, in tutta la loro fisicità e presenza (Bertrando, 2000).

Questi concetti hanno in comune l'idea che un sistema umano non sia qualcosa di "dato", esistente in natura. Anche a partire da queste considerazioni, si è cominciato a vedere la famiglia stessa sempre meno come un oggetto naturale e sempre più come qualcosa di emergente in ben determinate condizioni storiche e culturali: quindi "socialmente costruito", e come tale decostruibile e ricostruibile a seconda delle circostanze (vedi Bertrando e Toffanetti, 2000).

LA "POSITIONING THEORY"

Le due accezioni di posizione qui illustrate sono state a lungo ben distinte. Un modo possibile di unificarle sta nella *positioning theory*, un insieme di teorie create da un gruppo di psicologi sociali costruzionisti (Harré e van Langenhove, 1999). In origine, era considerata utile per sostituire il concetto di ruolo sociale, considerato troppo rigido, con quello più elastico e duttile di posizione. Moghaddam e Harré sostengono che la *positioning theory* riguarda «il modo in cui le persone usano parole (e discorsi di ogni tipo) per collocare se stessi e gli altri» (2010, p. 2). Quando ci posizioniamo verso un altro, consideriamo di avere verso di lui alcune possibilità di azione, mentre altre ci sono vietate, e al contempo pensiamo lo stesso di lui, e lo dichiariamo, oppure lo impliciamo nel nostro discorso. L'altro può a sua volta accettare la nostra posizione e controposizionarsi in modo coerente, oppure rifiutarla e assumere una posizione discordante, a cui dovremo a nostra volta reagire, e così via. A seconda della posizione che assumo (o che mi viene attribuita), sarò legittimato in certi atti e sanzionato in certi altri. Le posizioni sono sempre reciproche ed evolvono nel tempo, a volte molto rapidamente. Usare la *positioning theory* per analizzare le interazioni permette di considerare i posizionamenti reciproci come attività delle persone entro le relazioni, eliminando la connotazione passiva e statica spesso connessa al concetto di posizione.

In chiave terapeutica, la *positioning theory* permette un'analoga lettura della posizione del terapeuta in termini sia di localizzazione, sia di atteggiamento. Permette inoltre una migliore visione della reciprocità fra posizionarsi del terapeuta e posizionarsi dei pazienti (e anche delle reciproche interazioni fra altri membri del sistema). Un limite di questa teoria è il suo essere essenzialmente discorsiva. Ciò significa che lascerà sempre fuori dalla considerazione tutte quelle pratiche pre-discorsive che non fanno parte del discorso, ma certamente sono parte del dialogo. Per quanto riguarda la terapia, il rischio è di non prestare sufficiente attenzione alle interazioni emotive (Bertrando, 2014b).

“COME STO?”. LE EMOZIONI DI TERAPEUTA E PAZIENTI NEL SISTEMA

Se il modello sistemico è sempre stato ricco di riflessioni sulle posizioni reciproche degli attori presenti nel sistema terapeutico (o in qualunque altro sistema umano), è invece stato inizialmente povero di considerazioni sul loro stato emotivo. È probabile che su questo atteggiamento abbia pesato la necessità, per i primi terapeuti sistemici, di distinguersi dalla psicoanalisi allora imperante, che centrava tutta la sua teoria e la sua prassi sui fatti affettivi, collocandoli però in una cornice strettamente intraindividuale, conseguenza della teoria pulsionale. Nello stesso periodo, d'altronde, altri approcci alla terapia familiare mettevano l'affettività in primo piano: l'approccio intergenerazionale di Bowen, quelli simbolico-esperienziali di Satir e Whitaker, quello contestuale di Boszormenyi-Nagy e Framo, si caratterizzano tutti per l'attenzione, sia pure da posizioni diverse, ai fenomeni affettivi visti in una cornice relazionale (vedi Bertrando e Toffanetti, 2000). Questi contributi, per quanto noti ai terapeuti di orientamento strettamente sistemico, hanno comunque avuto scarsa eco nelle loro teorie.

Più recentemente, all'interno della stessa psicoanalisi, gli orientamenti interpersonali e intersoggettivi hanno messo da parte – o tra parentesi – le pulsioni, per concentrarsi sugli affetti, collocati nel contesto delle relazioni interpersonali. Nella visione di Stolorow *et al.* (2002), gli affetti sono intrinsecamente intersoggettivi. Ogni individuo porta con sé una serie di convinzioni affettive, in maggior parte inconse; per poterci riflettere, devono essere portate alla coscienza attraverso l'interpretazione di un analista consapevole dei propri pregiudizi emotivi. Paziente e analista, in tal modo, possono sviluppare una più alta consapevolezza delle rispettive posizioni affettive entro la relazione analitica.

Reciprocamente, negli ultimi anni tanto le teorie generali quanto le prassi sistemiche sono state revisionate alla luce di un maggiore interesse per i fatti emotivi e le loro conseguenze terapeutiche (Bertrando, 2014b). Entro questi sviluppi, l'emozione non è vista come una proprietà interiore dell'individuo, ma come un messaggio o un insieme di messaggi scambiati entro un sistema umano (Planalp, 1999); questi messaggi agiscono tanto come informazioni reciproche, quanto come motivazioni all'azione (Krause, 1993), trasformando il corpo individuale in «corpo sociale» (Dumouchel, 1995).

Le emozioni possono allora essere considerate come organizzatori di qualunque sistema umano, sia esso un individuo, una famiglia o un'istituzione. Alcune di esse tendono ad assumere la funzione che hanno gli attrattori nei sistemi dinamici, altre hanno invece un effetto di repulsione (Magai e Haviland-Jones, 2002). Le prime saranno sempre molto evidenti nel sistema, le seconde non risulteranno facilmente percettibili (pur senza scompa-

rire del tutto, e continuando a esercitare i loro effetti). Possono essere chiamate rispettivamente emozioni dominanti e tacite (Bertrando, 2014b).

L'insieme di queste considerazioni ha anche conseguenze sulle modalità terapeutiche, portando in primo piano la domanda "come sto?", tanto per i pazienti quanto per i terapeuti. Comprendere l'emozione diventa, per il terapeuta, altrettanto essenziale che fare ipotesi su alleanze e coalizioni, o capire quali storie sono narrate e da chi. All'enfasi sul linguaggio verbale si affianca una rinnovata attenzione verso gli scambi preverbali ed extraverbali, che più facilmente veicolano interazioni emotive. La differenza rispetto alle teorie sistemiche classiche (vedi Watzlawick *et al.*, 1967) è che in questo caso non si cerca di capire che cosa "davvero" accada alle persone, attraverso una lettura esperta delle loro produzioni non verbali, ma piuttosto di fare proposte, di riflettere insieme su fatti emotivi che passerebbero altrimenti sotto silenzio.

Una tale evoluzione consente di concepire diversamente le questioni legate al posizionamento. In quest'ottica, anche le emozioni sono determinate da (e ricorsivamente determinano) contesto e posizionamento reciproco. In altre parole, la posizione che assumiamo nel sistema influenza le nostre emozioni. Allo stesso tempo, il modo in cui ci sentiamo all'interno del sistema ci conduce ad assumere determinate posizioni in esso, per esempio avvicinandoci a qualcuno e allontanandoci da qualcun altro; se spostarsi nel sistema ci risulta difficile o impossibile, il nostro stato emotivo sarà caratterizzato da disagio e malessere.

Una tale relazione, necessariamente complessa, tra sentimento e posizionamento, è proprio quanto abbiamo definito "situarsi". O meglio, situarsi è rendersi consapevoli insieme della propria posizione nel sistema e dello stato emotivo che volta a volta vi si associa. Le conseguenze d'una tale consapevolezza (oppure della sua mancanza) possono essere molteplici.

SITUARSI

Secondo Zygmunt Bauman (2000), la società contemporanea "liquida", a differenza di quella "solida" della modernità classica, è caratterizzata da un'intrinseca fluidità. Tra le tante conseguenze, una riguarda l'identità personale, che non può più essere considerata né fissa né stabile. Certo, nemmeno nella Germania borghese dei Buddenbrook di Thomas Mann (1901), le posizioni raggiunte volta per volta nella costruzione della propria identità erano date una volta per tutte: già allora era necessario reinventarsi costantemente,

«ma la differenza tra la situazione dei Buddenbrook e la nostra è che loro sapevano dannatamente bene che cosa dovevano fare per rimanere borghesi rispettabili, perché

tutto il mondo era un mondo di prescrizioni e proscrizioni. Si poteva quasi fare la lista di quello che si doveva fare e quello che si doveva evitare, o desistere dal fare. Oggi non c'è niente di simile, e qui sta il problema: l'instabilità – instabilità delle norme, instabilità dei valori» (Bauman, in Bertrando e Hanks, 2012, pp. 26-27).

Nel mondo contemporaneo è necessario allora trovare criteri di sopravvivenza che non sono più dettati dall'esterno. Per comprendere davvero la propria posizione nel mondo non basta una spiegazione strutturale, dal momento che tutti i sistemi di riferimento cambiano continuamente. Qui può essere d'aiuto il nostro stato emotivo. Un'emozione, se considerata come evento pre-logico e pre-categoriale che riguarda la relazione reciproca tra membri di un sistema umano, è una notizia sullo stato complessivo delle relazioni (Bertrando, 2014b). Allo stesso tempo, il senso delle nostre emozioni è meglio comprensibile se abbiamo una nozione dei diversi contesti e sistemi in cui siamo immersi.

Parlare di situarsi, dunque, vuol dire connettere fra loro posizione ed emozione. L'essenza di un tale processo era stata già ben intuita tanti anni fa da Gregory Bateson, nel commentare una frase famosa di Pascal:

«“Il cuore ha le sue ragioni che la ragione non conosce”. Tra gli anglosassoni è abbastanza comune pensare alle “ragioni” del cuore o dell'inconscio come forze, impulsi, palpiti allo stato embrionale, quelli che Freud chiamava *Trieben*. Per Pascal, che era francese, la faccenda era abbastanza diversa, e senza dubbio egli pensava alle ragioni del cuore come a un insieme di regole di logica e di calcolo altrettanto preciso e complesso che le ragioni della coscienza» (Bateson, 1972, pp. 172-173)

Il fatto è: io posso davvero sapere dove sono solo se so come sto emotivamente. Il “come sto” diventa costituente essenziale del “dove sono”. Al contempo, il “dove sono” – la coscienza della rete di relazioni in cui sono inserito – cambia la natura del “come sto”. Situarsi significa sviluppare consapevolezza emotiva del nostro stare nella complessità.

Il situarsi non è però da vedere solo come una forma di conoscenza, ma anche e soprattutto come una disposizione all'azione: ci interessa il modo in cui la posizione che abbiamo e il nostro sentire ci conducono o ci allontanano dalla possibilità di compiere determinati atti. Qui considerare le emozioni diventa indispensabile. L'emozione, infatti, è forse il fondamentale fra i fattori motivanti che ci spingono all'azione (Krause, 1993). L'integrazione di posizione ed emozione attraverso il situarsi ci consente di scegliere un corso d'azione in piena consapevolezza.

In breve, il processo del situarsi si articola nelle fasi seguenti (che non rappresentano una successione temporale, ma una serie di eventi simultanei, qui messi in sequenza solo per motivi di chiarezza):

1. Comprendere il proprio sentire in un dato momento e in una data situazione, il benessere o il malessere esperito, le emozioni che diventano più spiccate e quelle che scompaiono dall'orizzonte della coscienza;
2. Acquisire consapevolezza del proprio atteggiamento verso gli altri attori presenti nel momento e nella situazione, oltre che nel contesto complessivo, e del modo in cui tale atteggiamento conduce ad agire in un modo o nell'altro verso di loro;
3. Valutare la propria posizione nel contesto: «La responsabilità terapeutica inizia dal vedere la propria posizione nel sistema» (Cecchin, 1987, p. 409);
4. Agire secondo l'analisi della posizione e il dettato emotivo insieme, così da arrivare a una sintesi e a un'integrazione dei due livelli.

Il situarsi riguarda inoltre qualsiasi persona in qualsiasi relazione, non solo il terapeuta nella relazione terapeutica. Obiettivo del lavoro terapeutico diventa allora aiutare le persone a rendersi consapevoli della propria posizione entro i diversi sistemi in cui si trovano e su cui agiscono, delle proprie emozioni in relazione a essa, e diventare capaci di integrare una tale consapevolezza nelle loro risposte alle situazioni e ai contesti.

Naturalmente, molte obiezioni sono possibili a questa nostra idea. Cercheremo brevemente di rispondere a quelle che ci appaiono più probabili.

Anzitutto, si potrebbe osservare: nel contesto della terapia, questa non è altro che analisi del transfert (Esman, 1990), o al massimo del controtransfert (Michels *et al.*, 2002). Transfert e controtransfert, però, sono stati concepiti secondo una matrice strettamente duale in tutte le teorie psicoanalitiche, inclusi i modelli relazionali e intersoggettivi (vedi Stolorow *et al.*, 2002). Noi vogliamo andare oltre, tenendo conto di come il sentire sia influenzato da tutte le variabili di contesto. Ciò significa entrare in un movimento pendolare, che oscilla tra rendersi coscienti di come stiamo, interrogandoci su che cosa stiamo provando, e rendersi consapevoli delle variabili di contesto, che vanno oltre la specifica relazione cui partecipiamo in un dato momento. La prima posizione ci rende molto aderenti al dato immediato dell'esperienza, la seconda ci porta più lontano, nel dominio (panoramico) della descrizione. Il situarsi partecipa di entrambe.

Si potrebbe anche pensare che questa concezione non faccia altro che replicare quelle dei teorici di altri orientamenti entro la terapia familiare: Murray Bowen (1972) non solo prendeva in considerazione i fenomeni emotivi dell'intero sistema familiare, ma considerava essenziale per il terapeuta un sufficiente livello personale di differenziazione per potersene far carico; Carl Whitaker (Whitaker e Keith, 1981) sottolineano come, per lavorare terapeuticamente a un alto livello di stress, i terapeuti debbano avere consapevolezza degli effetti emotivi dei loro interventi su tutti i membri della

famiglia; Maurizio Andolfi (1977) considera necessaria la consapevolezza non solo della relazione terapeutica, ma anche delle relazioni familiari nel passato e nel presente. La differenza principale tra il situarsi e tutte le concezioni sopra descritte risiede nell'enfatizzare soprattutto la dimensione sincronica (le diverse forme di relazione nel qui e ora), mentre altri autori e orientamenti sottolineano soprattutto quella diacronica (il modo in cui le relazioni passate influenzano e danno forma a quelle presenti). L'obiettivo non è naturalmente di sostituire quei contributi, che sono irrinunciabili, ma di integrarli. Quando parliamo di "livelli del situarsi", cerchiamo infatti di considerare tanto la dimensione sincronica quanto quella diacronica.

Infine, si potrebbe leggere il situarsi come un concetto statico, che immobilizza il terapeuta in un'unica posizione. A nostro avviso, il situarsi è la creazione di una mappa che serve a orientare il nostro metaforico movimento entro i sistemi umani. Il fatto di avere una mappa non ci rende statici, non più di quanto sia statico un escursionista che usa una cartina per orientarsi in un'escursione. La peculiarità del situarsi è che ogni nostro movimento cambia ricorsivamente anche la mappa: il situarsi è una continua attività di riposizionamento.

LIVELLI DEL SITUARSI

Diventa a questo punto essenziale distinguere i diversi livelli in cui possiamo situarci. Ciò non significa che concepiamo la realtà come ontologicamente ordinata secondo un certo numero di livelli: i livelli sono un prodotto della nostra attività conoscitiva, e sono quindi livelli metodologici, più che ontologici (Eco, 1968). Ciascun livello è concepibile in termini sia di insieme concreto di persone ed eventualmente istituzioni, sia di premesse che nascono dall'attività di persone e istituzioni, e sono interiorizzate dagli individui. Riteniamo di definirne quattro.

1. Livello macro-contestuale (politico). Si riferisce al più ampio contesto culturale e politico, alle premesse che ne derivano, a quanto le riconosciamo agire su di noi, e all'opinione che ci formiamo rispetto a esse. Un buon esempio di premessa macro-contestuale è l'idea di famiglia. Immaginiamo una situazione in cui, come spesso accade, il macro-contesto è conservativo rispetto a un modo stereotipato di essere famiglia; i mass media, le istituzioni (agenzie educative, urbanistica, economia) sostengono il modello della famiglia tradizionale, anticipandone i bisogni per prevederle e controllarne struttura e consumi (Foucault, 2004). Il nostro paziente ipotetico ha un pensiero rispetto a questo tipo di sistema di cui fa parte? Si sente condizionato nei suoi bisogni/desideri da questo tipo di concezioni, o gli va bene

così? Si sente rappresentato dalle categorie utilizzate per ordinare il mondo (Foucault, 1970)?

E il terapeuta? Quanto e in che modo le sue premesse sono condizionate da quelle del macro-contesto? Quanto divergono da esse? Quanto sono simili o diverse da quelle del suo paziente? Vicinanza o distanza dai valori prevalenti del macro-contesto potranno produrre sentimenti differenti: vergogna oppure orgoglio nel sentirsi “diversi”, benessere o noia nel sentirsi “uguali” alla maggioranza, disagio o rabbia o interesse nel caso di discrepanza fra le premesse di paziente e terapeuta, e così via.

2. Livello di gruppo. Riguarda il modo in cui il paziente si situa nei gruppi in generale, dalla comunità alla scuola al lavoro, fino alla famiglia medesima. Per esempio: come sta il paziente nel suo gruppo di lavoro? Che idee ha rispetto all'organizzazione, alla competizione, alla funzione del guadagno, al riconoscimento? Come reagisce al genere dei colleghi, anche rispetto al lavoro che svolgono? Come si situa rispetto al compito e all'autorità?

Quanto al terapeuta: lavora da solo? in coterapia, con una équipe? È parte di un'istituzione, che implica anche un gruppo di colleghi con cui confrontarsi, o di un'équipe multidisciplinare? E come si sente nella sua attuale situazione? Ha conseguenze sul suo rapporto con il paziente?

3. Livello intimo (relazioni con partner, genitori, figli, ecc.). Usiamo in questo caso il termine “intimo” per riferirci a relazioni contraddistinte da quella che Lyman Wynne (1984) ha definito “mutualità”: relazioni strette ed emotivamente cariche. Questo tipo di relazione non s'identifica tanto con la famiglia di per sé, che fa piuttosto parte delle istituzioni, quanto con i rapporti con singoli familiari, o anche altre persone significative: un amico, un mentore, e così via. Per esempio: il paziente sta davvero con chi desidera stare nelle relazioni, indipendentemente dalle categorie e dagli obblighi? Se sì, perché ha scelto di stare lì? Se no, perché insiste a starci? Le risposte sono spesso strettamente correlate al livello 4.

La relazione intima non riguarda ovviamente il terapeuta nel momento in cui fa terapia: per quanto intensa, la relazione terapeutica è definita e limitata dalle regole di setting, proprio per evitare una piena intimità o mutualità, che interferirebbe con il distacco necessario all'attività del terapeuta. Qui l'unica domanda pertinente è: il terapeuta sente che la relazione con quel particolare paziente si sta colorando d'intimità? E, in questo caso, come e perché? Al di là dell'urgente necessità, in una tale eventualità, di una supervisione, anche per il terapeuta è qui coinvolto il Livello 4.

4. Livello intra-relazionale (interiore). Concerne il modo in cui il contesto influenza il dialogo interiore di ciascuno (vedi Hermans, 2001). Per

esempio: uno specifico macro-contesto con le sue premesse influenza negativamente il modo del paziente di stare in quel gruppo, e di conseguenza anche le relazioni con i suoi membri. Perché? Ipotesi terapeutica: perché le richieste relazionali del contesto entrano in contrasto con emozioni e pattern relazionali antichi ma ormai interiorizzati e stabilizzati. Compito del terapeuta è portare fuori i contrasti e restituirli al paziente, mettendo in evidenza il processo.

A sua volta, il terapeuta dovrà riflettere su quanto suoi antichi pattern possano essere attivati dalla situazione terapeutica, e rendersene consapevole. Questo lavoro ha ovvie somiglianze tanto con l'analisi del controtransfert (Michels *et al.*, 2002), quanto, nel campo specifico della terapia familiare, con il lavoro sulla famiglia d'origine (Andolfi, 1977), o su quella che Mony Elkaim (1989) ha chiamato risonanza.

PATOLOGIE DEL SITUARSI

Spesso osserviamo, nei pazienti che seguiamo, una notevole fissità di posizione, come se riuscissero a posizionarsi esclusivamente in un unico modo, senza cambiare in risposta alle sollecitazioni e alle suggestioni dei diversi contesti. Ci siamo spesso chiesti se una fissità simile possa essere equivalente a quella che in psicoanalisi è stata chiamata "nevrosi", o meglio ancora «carattere nevrotico» (Reich, 1933). Se valutiamo questi atteggiamenti secondo il criterio del situarsi, vediamo che ci sono diverse possibilità di immobilizzarsi, tanto per gli individui quanto per i sistemi sovraindividuali (coppie o famiglie). Le abbiamo provvisoriamente definite come «patologie del situarsi», anche se ci rendiamo conto che siamo ben lontani dal poterne dare una descrizione davvero sistematica.

1. Fissità di pattern passati. La persona continua a situarsi secondo coordinate che avevano avuto senso in passato, ma che sono superate dagli eventi, secondo una modalità che ricorda la coazione a ripetere di Freud (1920). In una coppia o famiglia sono possibili le più svariate combinazioni: una sola persona resta nel passato, disorientata rispetto al presente; due membri di una coppia usano coordinate temporali diverse, con risultante incomunicabilità; un'intera famiglia è ferma nel tempo, tranne un solo membro, che diventa deviante rispetto agli altri proprio perché è meglio orientato rispetto al mondo esterno; e così via (vedi Boscolo e Bertrando, 1993).

2. Identificazione di una parte per il tutto. La persona si fissa in una sola delle posizioni-sé possibili nel suo sé dialogico (Hermans, 2001). Secondo questa teoria, stare nelle relazioni attive posizioni-sé diverse, a seconda del

momento relazionale vissuto. Il sé dialogico è visto come fluido e mutevole, pur mantenendo una sufficiente coesione interiore.

La persona che identifica la parte per il tutto (una sola posizione-sé con la totalità di sé) può essere allora vista come inconsapevole della propria molteplicità interiore e pertanto incapace di organizzarla. In questi casi, facilmente si bloccherà su una sola posizione interiore, che utilizzerà sempre in tutti i contesti e con tutte le persone. Per esempio: a cinque anni la principale posizione conosciuta è quella di figlio, che si tende a usare indistintamente con tutti gli adulti; ma se, crescendo, la persona continua a situarsi interiormente come figlio, e posiziona tutti i suoi interlocutori (partner, compagni di lavoro, amici) come genitori, diventa disfunzionale. E lo diventa proprio perché non è consapevole di attivare sempre quell'unica posizione.

L'ipotesi psicopatologica, qui, è che la persona si sia completamente identificata con una sola posizione (la posizione "disfunzionale"), che finisce per essere tutt'uno con la sua identità: la persona "è" quella posizione. Il terapeuta deve evitare di confondere la parte con il tutto, di accettare la lettura identitaria che spesso le persone fanno di sé, senza vedere le altre posizioni possibili per loro.

3. Discrepanza fra i livelli del situarsi. La persona sa dov'è, ma non come si sente, oppure sa come si sente, ma non dov'è: in entrambi i casi produce comportamenti inadeguati. Per esempio: una giovane professionista viene in terapia per le sue scelte d'amore infelici. Durante la terapia, è evidente la sua capacità di vedere bene i nodi relazionali, cui però non corrisponde un'analoga capacità di spostarsi e cambiare: la paziente sa dov'è, e in questo caso sa anche come si sente, ma non riesce a mettere insieme questi suoi due saperi, e continua a ripetere gli stessi errori.

In tutti questi casi, è necessario al terapeuta situare anzitutto se stesso nel sistema, poi, da questa posizione, comprendere come il paziente (o i pazienti) si situa a sua volta, tanto nei propri sistemi di appartenenza, quanto nella relazione terapeutica. È anche utile recuperare la dimensione evolutiva, tenendo presente quanto le persone, i sistemi e i contesti cambino con il passare del tempo.

CASO CLINICO (RIPRESA)

Nel momento di impasse cerchiamo di riflettere sui diversi livelli del situarsi e su come entrano in gioco nella vita della coppia e nella terapia¹.

¹ Per motivi di spazio, è stato necessario condensare in poche righe i risultati di diverse sedute.

Livello 1. È necessario lavorare su quanto le premesse ideologiche dei due componenti della coppia condizionino il loro modo di stare nella relazione. Questo, a sua volta, ci porta a riflettere anche sulle nostre premesse e sui nostri riferimenti culturali. Ci interroghiamo quindi rispetto al loro e al nostro posizionamento valoriale.

Marta rivendica un modo di stare in coppia che è atipico rispetto al macrocontesto – anche se accettato dal microcontesto della sua nuova cultura “alternativa” – mentre Giulio rivendica le scelte fatte al momento del matrimonio, che non può dimenticare (“Tu in chiesa avevi fatto delle promesse, avevi preso degli impegni...”). Marta fa una scelta contraria alla morale corrente, Giulio ne sposa una versione molto tradizionale. Sembra che per lui l’umiliazione fondamentale non sia tanto essere stato tradito (ammette che “può anche succedere”), ma non poter parlare con nessuno del fatto che la moglie lo ha tradito ripetutamente, convinta di farlo, e sarebbe per giunta disposta a ripeterlo, chiedendo il suo benessere. Se Giulio si vergogna di Marta e delle sue scelte, tanto da non poter condividere il proprio dolore con nessuno, Marta, che appare così orgogliosa del suo percorso, ha comunque atteso cinque anni per svelarlo a Giulio, mettendolo davanti al fatto compiuto, e cercando solo a posteriori una legittimazione; forse anche lei è più ambivalente di quanto creda rispetto alla trasgressione.

Dal canto nostro, ci preoccupiamo soprattutto della consensualità: non è solo per scelta di neutralità terapeutica che non prendiamo posizione rispetto alle relative scelte, è che davvero sospendiamo il giudizio; ci preoccupa però che entrambi loro, apparentemente, vogliano imporre i propri valori e il proprio punto di vista all’altro perché “è quello giusto”. Le nostre premesse vedono a fondamento della coppia un consenso che sia equo e condiviso.

Livello 2. Il lavoro sulle famiglie d’origine rivela che le diverse posizioni nella coppia sono profondamente legate a due storie molto diverse. Ma occuparsi della dimensione familiare fa emergere anche differenze nella vita quotidiana: Giulio, figlio modello assai legato alla madre, tende a farsi organizzare e programmare come un bravo terzo figlio di Marta, che esegue bene i compiti prescritti ma non pensa né decide in modo indipendente. Marta sente di doversi far carico della vita e del benessere di tutta la famiglia. Ciò esalta il suo senso di soffocamento e il desiderio di evadere da una situazione costrittiva, ma la porta anche a confondere la dimensione valoriale con quella organizzativa: a volte sembra che un Giulio più fattivo e propositivo la riporterebbe a stare nella coppia così com’era, a volte la nuova libertà amorosa le appare indispensabile e irrinunciabile.

Livello 3. Giulio sembra avere idealizzato Marta secondo un canone romantico o addirittura stilnovista. Ha continuato per lungo tempo a vedere l’immagine della ragazza che aveva sposato a vent’anni, senza situarsi secondo il cambiamento delle persone o delle relazioni. La sua è un’idea fundamentalmente conservativa, secondo cui, appena raggiunto un sufficiente benessere familiare e ovviato ai problemi iniziali con i figli, tutto non può che andare secondo natura. Era sufficiente stare accan-

to a Marta, e tutto sarebbe andato bene. Marta ha frattanto evoluto un'idea diversa di che cosa sia una coppia, un luogo in cui si cresce insieme (quello di "crescita" per lei è un concetto essenziale, che Giulio non accetta e spesso banalizza, quasi riducendolo a caricatura).

Livello 4. Giulio, a un livello più interiore e fondamentale, non accetta il cambiamento. Sembra che cambiare lo destabilizzi e generi ansia, il che lo porta a ricondurre ogni novità al passato, anche a costo di negare l'evidenza. L'impossibilità di mettere in discussione questa staticità lo porta a forzare Marta entro le sue coordinate personali. Marta ha invece un'idea forte di percorso e di progresso che deve accompagnare tutta la vita. Quello che lei fatica a integrare è che ogni cambiamento contiene in sé una scelta, che può essere anche dolorosa e generare malessere: se Giulio non vuole cambiare, Marta vorrebbe cambiare senza pagare alcun prezzo, ed essere accettata *in toto* dal marito.

Marta pare poco limpida proprio nella sua ricerca di legittimazione a ogni costo. Arriva a giustificare il poliamorismo, scelta che sarebbe legittima di per sé, come risposta all'essere stata lasciata sola. Qui entra in contraddizione: se davvero lei ha scelto il poliamorismo, Giulio potrebbe essere anche il miglior uomo del mondo, ma non sarebbe comunque sufficiente a riempire la sua vita amorosa; se invece la causa è stata l'assenza di lui, allora dovrebbe bastare che lui sia più presente (come sta ora facendo) per risolvere la situazione. Di fronte a questa contraddizione, Giulio rimane paralizzato e confuso.

In termini di patologie del situarsi, Giulio sembra fermo alla fissità di pattern passati, da cui non riesce a distogliersi, mentre Marta si identifica nella posizione di vittima che chiede a Giulio di essere salvata. Entrambi faticano a integrare i livelli del rispettivo situarsi, il che li porta a sperimentare spesso stati di disorientamento e sofferenza.

Una volta completata l'analisi del loro e nostro situarsi, concludiamo che il nocciolo sta nell'aiutare lei a situarsi rispetto alla propria contraddizione, lui rispetto alla possibilità del cambiamento. Nel lavorare con loro, passa in primo piano il tema della maturità: entrambi faticano a sentirsi davvero cresciuti e adulti. La terapia può ora proseguire esplorando temi nuovi, quali l'autonomia e la responsabilità delle proprie scelte. Alla fine il loro arrivare a una separazione pacifica, provvedendo in modo sufficientemente equilibrato a risolvere i problemi di mantenere due case con poco denaro e ad affrontare il tema con i figli, segnala che da un lato Giulio ha accettato un cambiamento sostanziale, dall'altro Marta ha almeno in parte risolto le proprie contraddizioni.

CONCLUSIONI

L'idea principale esposta in questo articolo è che, quando entriamo in una relazione, si attiva in noi una rete istantanea che lega elementi diversi,

su diversi piani: emotivo, razionale, interiore, relazionale. Allo stesso tempo, si attivano in noi le svariate posizioni che possiamo assumere (interiormente) rispetto agli altri con cui entriamo in contatto (relazionalmente), in modo sia attuale sia fantasticato. Le reti di significati sono estese sia nello spazio (famiglia, sistemi sociali, relazioni varie) sia nel tempo (famiglia d'origine, relazioni passate, storia personale). I vari elementi esistono sia come ricordo del passato, sia come presenza nel presente, sia come proiezione verso il futuro (Boscolo e Bertrando, 1993). I nodi della rete sono tutti in relazione reciproca. L'attivazione di uno ne mette in opera altri: per esempio, una relazione che si crea nel presente attiva necessariamente nodi riferiti al passato.

Situarsi, per il terapeuta, vuol dire acquisire piena coscienza di tutto questo insieme di eventi, interiori come esteriori. Questo gli consentirà poi, nel corso della sua opera, di aiutare i pazienti a sviluppare una consapevolezza analogica. Lavorando sul situarsi, il terapeuta dovrebbe evitare facili dicotomie, come "l'emotivo è dentro, il relazionale è fuori": emozioni e relazioni operano simultaneamente dentro e fuori ciascuno di noi.

L'obiettivo è portare la persona a un'integrazione in cui ci sia coerenza tra sentire e pensare, e anche tra interiorità e relazione. Se la persona sa dove si trova e come ci sta, la sua risposta potrà essere propriamente dialogica, comprendente i diversi piani delle relazioni in cui vive, e l'integrazione sarà veloce, quasi istantanea.

Le conseguenze cliniche del situarsi sono molteplici, perché la nostra capacità di situarci come terapeuti può essere giocata prendendo in considerazione, di volta in volta, l'uno o l'altro livello di interazione. Possiamo situarci rispetto ai pazienti, rispetto al sistema terapeutico complessivo, ma anche rispetto a variabili riferite al macrocontesto, come il genere o la stessa cultura. Il terapeuta crea così un ambiente dialogico, all'interno del quale i pazienti possono costruirsi nuovi modi di stare in relazione. Non si tratta, quindi, di ridurre la complessità, ma di trovare un modo nuovo di collocarsi in essa. Se il terapeuta mostra come i diversi piani possono essere in relazione dialogica tra loro, il paziente può sviluppare una visione tridimensionale della propria vita.

BIBLIOGRAFIA

- Andolfi M. (1977). *Terapia con la famiglia*. Roma: Astrolabio.
- Bateson G. (1972). *Steps to an Ecology of Mind*. San Francisco: Chandler Publishing Co. (trad. it.: *Verso un'ecologia della mente*. Milano: Adelphi, 1976).
- Bauman Z. (2000). *Liquid Modernity*. Cambridge: Polity Press (trad. it.: *Modernità liquida*. Roma-Bari: Laterza, 2003).

- Bertrando P. (2000). Text and context. Narrative, postmodernism, and cybernetics. *Journal of Family Therapy*, 22(1): 83-103. DOI: 10.1111/1467-6427.00139
- Bertrando P. (2014a). *Il terapeuta dialogico*. Torino: Antigone Edizioni.
- Bertrando P. (2014b). *Il terapeuta e le emozioni. Un modello sistemico-dialogico*. Milano: Raffaello Cortina.
- Bertrando P., Hanks H. (2012). Intervista a Zygmunt Bauman. In: Bianciardi M., Galvez Sanchez F. (a cura di), *Psicoterapia come etica*. Torino: Antigone Edizioni, pp. 23-33.
- Bertrando P., Toffanetti D. (2000). *Storia della terapia familiare. Le persone, le idee*. Milano: Raffaello Cortina.
- Boscolo L., Bertrando P. (1993). *I tempi del tempo*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Bowen M. (1972). On the differentiation of the Self. In: *Family Therapy in Clinical Practice*. New York: Jason Aronson, pp. 467-528.
- Bowen M. (1973). Society, crisis, and systems theory. In: *Family Therapy in Clinical Practice*. New York: Jason Aronson, pp. 413-450.
- Cecchin G. (1987). Hypothesizing-circularity-neutrality revisited: An invitation to curiosity, *Family Process*, 26: 405-413. DOI: 10.1111/j.1545-5300.1987.00405.x
- Cecchin G., Lane G., Ray W.L. (1993). *Irriverenza. Una strategia per la sopravvivenza del terapeuta*. Milano: FrancoAngeli.
- Cecchin G., Lane G., Ray W.L. (1997). *Verità e pregiudizi*, Milano: Raffaello Cortina.
- Dumouchel P. (1995). *Emotions: Essai sur le corps et le social*, Paris: Institut Synthélabo (trad. it.: *Emozioni. Saggio sul corpo e il sociale*. Milano: Medusa, 1999).
- Eco U. (1968). *La struttura assente*. Milano: Bompiani.
- Elkaïm M. (1989). *Si tu m'aime, ne m'aime pas. Approche systémique et psychothérapie*. Paris: Editions du Seuil (trad. it.: *Se mi ami, non amarmi. Orientamento sistemico e psicoterapia*. Torino: Bollati Boringhieri, 1990).
- Esman A.H. (1990). *Essential Papers on Transference*. New York: New York University Press.
- Foucault M. (1970). *L'ordre du discours*. Paris: Gallimard (trad. it.: *L'ordine del discorso*. Torino: Einaudi, 1972).
- Foucault M. (2004). *Naissance de la biopolitique. Cours au Collège de France (1978-79)*. Paris: Gallimard (trad. it.: *Nascita della biopolitica. Corso al Collège de France (1978-79)*. Milano: Feltrinelli, 2005).
- Freud S. (1920). *Jenseits des Lustprinzips* (trad. it.: *Al di là del principio di piacere*, in *Opere*, vol. 9. *L'Io e l'Es e altri scritti 1917-1923*. Torino: Bollati Boringhieri, 1986).
- Goldner V., Penn P., Sheinberg M., Walker G. (1990). Love and violence: Gender paradoxes in volatile attachments. *Family Process*, 29: 343-364. DOI: 10.1111/j.1543-5300.1990.00343.x
- Goolishian H.A., Winderman L. (1988). Constructivism, autopoiesis and problem determined systems. *The Irish Journal of Psychology*, 9(1): 130-143. DOI: 10.1080/03033910.1988.10557710
- Harré R., Van Langenhove L. (eds.) (1999). *Positioning Theory*. Oxford: Blackwell.
- Hermans H.J.M. (2001). The Dialogical Self: Toward a Theory of Personal and Cultural Positioning. *Culture Psychology*, 7: 243-280. DOI: 10.1177/1354067X0173001

- Krause I.-B. (1993). Anthropology and family therapy: a case for emotions. *Journal of Family Therapy*, 15: 35-56. DOI: 10.1111/j.1467-6427.1993.00739.x
- Magai C., Haviland-Jones J. (2002). *The Hidden Genius of Emotion. Lifespan Transformations of Personality*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Mann T. (1901). *Buddenbrooks. Verfall einer Familie* (trad. it.: *I Buddenbrook. Decadenza di una famiglia*. Torino: Einaudi, 1952).
- Michels R., Abensour L., Eizirik C.L., Rusbridger R. (2002). *Key Papers on Countertransference*. London: Karnac.
- Minuchin S. (1974). *Families and Family Therapy*. Cambridge (Mass.): Harvard University Press (trad. it.: *Famiglie e terapia della famiglia*. Roma: Astrolabio, 1981).
- Moghaddam F., Harré R. (2010). Words, conflicts and political processes. In: Moghaddam F., Harré R. (eds.), *Words of Conflict, Words of War: How the language we use in political processes sparks fighting*. Santa Barbara, CA: Praeger.
- Planalp S. (1999). *Communicating Emotion: Social, Moral, and Cultural Processes*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Reich W. (1933). *Charakteranalyse*. Erweiterte Fassung: Köln: Kiepenheuer & Witsch, 1970 (trad. it.: *Analisi del carattere*. Milano: SugarCo, 1973).
- Selvini Palazzoli M., Boscolo L., Cecchin G., Prata G. (1980a). Hypothesizing-circularity-neutrality: Three guidelines for the conductor of the session. *Family Process*, 19: 73-85. DOI: 10.1111/j.1545-5300.1980.00003.x
- Selvini Palazzoli M., Boscolo L., Cecchin G., Prata G. (1980b). The problem of the referring person. *Journal of Marital and Family Therapy*, 6: 3-9. DOI: 10.1111/j.1752-0606.1980.tbo1699.x
- Stolorow R.D., Atwood G.E., Orange D.M. (2002). *Worlds of experience: Interweaving philosophical and clinical dimensions in psychoanalysis*. New York: Basic Books.
- Tomm K. (1987). Interventive Interviewing: I. Strategizing as a Fourth Guideline for the Therapist. *Family Process*, 26: 3-13. DOI: 10.1111/j.1545-5300.1987.00003.x
- Watzlawick P., Jackson D.D., Beavin J. (1967). *Pragmatics of Human Communication*. New York: Norton (trad. it.: *Pragmatica della comunicazione umana*. Roma: Astrolabio, 1971).
- Whitaker C., Keith D.V. (1981). *Symbolic-Experiential Family Therapy*. In: Gurman A.S., Kniskern D.P., *Handbook of Family Therapy*, 1st ed. New York: Brunner/Mazel, 1981.
- Wynne L.C. (1984). The epigenesis of relational systems: A model for understanding family development. *Family Process*, 23: 297-318. DOI: 10.1111/j.1545-5300.1984.00297.x



ISTITUTO DI TERAPIA FAMILIARE DI FIRENZE

Via Masaccio, 175 - 50132 Firenze - Tel. 0039 055 577280 – Fax 0039 055 5002254

e-mail: itff@itff.it segreteria@itff.it - itff@pec.it ** <http://www.itff.it>

Direttore: Prof. Rodolfo de Bernart - Direttore della Didattica: D.ssa Cristina Dobrowski

SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN PSICOTERAPIA FAMILIARE E RELAZIONALE

Riconosciuta dal M.I.U.R. (già M.U.R.S.T.) il 05/11/1994 - D.M. 20/03/1998 - G.U. n.92 del 21/04/1998

Servizio Clinico per coppie e famiglie - Attività didattica di formazione ed aggiornamento

Centro di consulenza e intervento psicopedagogico "MILLEPERCHE"

Sezione di PSICONCOLOGIA

Servizio Famiglie e Disabilità "IL PETALO DIVERSO"

Servizio per la Sterilità e Infertilità "LA CICOGNA DISTRATTA"

FORMAZIONE

**CORSO DI SPECIALIZZAZIONE IN PSICOTERAPIA FAMILIARE E RELAZIONALE (art. 3 Legge 56/89)

**C.I.O.R. – Corso Introduttivo all' Ottica Relazionale

**CORSO PER MEDIATORE FAMILIARE SISTEMICO-RELAZIONALE

Riconosciuti e Patrocinati da A.I.M.S., FORUM EUROPEO, AIAF TOSCANA

**CORSO DI CONSULENZA TECNICA E PERIZIA PSICOLOGICA

**CORSO INTENSIVI ESTIVI SULLE TECNICHE D'IMMAGINE IN PSICOTERAPIA

**CORSO DI SUPERVISIONE CLINICA DIRETTA ED INDIRETTA

**CORSO PER PSICOLOGO SCOLASTICO SISTEMICO-RELAZIONALE

**CORSO SULLA GENITORIALITÀ

**CORSO SPECIALE IN "CLINICA DELLA RELAZIONE DI COPPIA"

** CORSO "LA DIMENSIONE PSICOLOGICA E RELAZIONALE NELLA CLINICA DELL'INFERTILITÀ DI COPPIA"

SEMINARI DI STUDIO E DI AGGIORNAMENTO 2018

Venerdì 15 Giugno 2018 - M. Baldassarre

"Le Dipendenze Patologiche"

Sabato 16 Giugno 2018 - M. Cantale

"Il percorso diagnostico: dall'analisi della domanda alla stesura della relazione"

Venerdì 7 e Sabato 8 Settembre 2018 - Prof. R. de Bernart, D. Giommi

"The black book: l'ombra della sessualità nella terapia di coppia sistemica"

Venerdì 9 e Sabato 10 Novembre 2018 - IV Congresso nazionale AITF a Rimini

"Essere genitori"

Venerdì 16 - D. Milloni

"Il grande assente: il lavoro con la famiglia quando il paziente designato non viene in terapia"

Sabato 17 Novembre 2018 - Lilia Gagnarli e Simone Milli

"La coppia: riflessi di uno specchio deformante"

INFORMAZIONI

Valentina Dolfi– dalle 10,00 alle 16,00 – Tel. +39 055 577280 – Fax +39 055 5002254

segreteria@itff.it - posta certificata: itff@pec.it - <http://www.itff.it>