

Parametri di Sviluppo nella Formazione del Terapeuta Familiare: Il processo di appropriazione della storia familiare del terapeuta.

Anne Chouhy¹

Introduzione.

La specificità della formazione del terapeuta familiare sistemico risiede nell'acquisizione di un pensiero sistemico che gli consenta di operare utilizzando la logica della causalità circolare per articolare i diversi livelli di complessità tra individui, relazioni tra individui, sistemi di relazione e sistemi in interazione.

L'accesso alla causalità circolare comporta però di addentrarsi nelle vicissitudini della ricorsività e dell'autoreferenza, che collocano il terapeuta in una situazione paradossale dato che, come afferma Heinz Von Foerster, fondatore della Cibernetica di secondo ordine, il terapeuta diventa un osservatore che ordina ed organizza un mondo costruito dalle sue proprie esperienze. Non essendo possibile accedere ad una realtà oggettiva in quanto le proprietà dell'osservatore determinano le caratteristiche di ciò che osserva, nasce l'interrogativo su come conosciamo ciò che conosciamo. Humberto Maturana, nella sua teoria sulla conoscenza, propone il concetto di accoppiamento strutturale, inteso come forma di interazione o intersezione tra il sistema - sistema vivente, sistema di conoscenze, ecc - e l'ambiente, che con le sue perturbazioni produce nel sistema i cambiamenti di struttura che la propria organizzazione gli consente di assimilare.

Mony Elkaim introduce queste nozioni - autoreferenza ed accoppiamento strutturale - nel campo della terapia familiare creando con il concetto di "risonanza" un ponte unico, non soltanto tra l'epistemologia sistemica e la terapia familiare, ma anche tra il terapeuta ed i membri di un sistema familiare. Il concetto di risonanza definisce fenomeni di diverso ordine, l'uno riguarda l'amplificazione di elementi simili e comuni ai differenti sistemi in interazione - che emerge nell'intersezione possibile tra le loro strutture o costruzioni del mondo - ; l'altro riguarda la funzione che acquisisce tale amplificazione rispetto all'insieme delle strutture o costruzioni del mondo.

Grazie al concetto di risonanza, il paradosso dell'autoreferenza cessa di costituire una limitazione per diventare una possibilità, *se, e soltanto se*, il terapeuta ha imparato ad utilizzare sé stesso come strumento terapeutico: se sa utilizzare la funzione sistemica della risonanza per generare nuove possibilità per il sistema terapeutico e, cioè, se ha imparato ad utilizzare le emozioni o percezioni che il sistema evoca e/o amplifica della propria storia familiare, in modo tale da evitare che le costruzioni del mondo di tutti i membri del sistema si rinforzino mutuamente.

Per raggiungere questo risultato, il terapeuta deve effettuare un apprendimento cognitivo ed emotivo. Dal punto di vista cognitivo, deve acquisire progressivamente nuove gerarchie di complessità nel suo pensiero: partendo da una logica causale lineare che consente soltanto di effettuare letture individuali, accedere ad una lettura relazionale - relazioni tra individui - e, a partire dalle interazioni diadiche e triadiche, circolari e ricorsive, intuire le proprietà emergenti dei sistemi. Soltanto elevandosi a questi livelli di complessità e di astrazione risulta possibile per il terapeuta comprendere, a mio parere, la natura inter-sistemica della risonanza. Ma deve soprattutto acquisire dal punto di vista emotivo, un'adeguata regolazione delle proprie emozioni: deve apprendere a lavorare nell'intersezione tra ciò che lo costituisce del suo passato - la sua storia familiare - ed il contesto presente - il sistema terapeutico - senza essere invaso dalle emozioni o percezioni che il sistema terapeutico evoca e/o amplifica - per effetto della risonanza - della propria storia. A tale fine, il terapeuta deve effettuare un apprendimento emotivo che *dipende necessariamente* da un riconoscimento della propria storia familiare.

¹ Neuropsichiatra Infantile, Psicoterapeuta Familiare, Roma, Italia.
chouhy.anne@fastwebnet.it

Questo apprendimento che si dispiega durante la formazione come un processo di riconoscimento, e dunque di appropriazione della storia familiare del terapeuta, sarà il tema centrale di questo lavoro. Al fine di evidenziare questo processo di appropriazione, esporrò in primo luogo due esempi di supervisioni indirette, segnalando come a partire da alcune similitudini strutturali tra la famiglia in terapia e la famiglia di origine del terapeuta, egli² recupera elementi importanti della sua storia familiare.

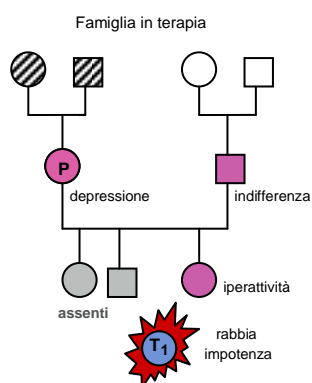
In secondo luogo, descriverò le caratteristiche del processo di appropriazione della storia familiare del terapeuta, considerando la supervisione indiretta come contesto di apprendimento e proponendo i meccanismi neurobiologici che contribuiscono all'apprendimento emotivo.

Infine, descriverò l'evoluzione di altri due terapeuti, utilizzando come parametro del loro sviluppo personale e professionale, le progressive modificazioni che avvengono nei genogrammi delle loro famiglie di origine nell'arco della loro formazione quadriennale.

1. Prima e seconda situazione di supervisione indiretta.

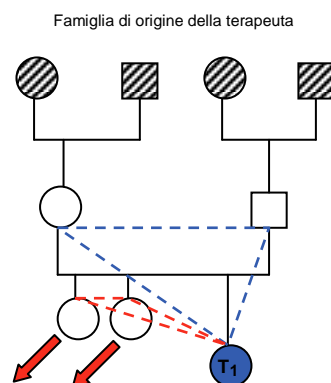
a) Prima situazione.

La terapeuta incontra una paziente che presenta un grave stato depressivo e che, piangendo, le riferisce di avere difficoltà nel rapporto con il marito, di non riuscire ad accudire i suoi tre figli e di sentirsi profondamente sola da quando ha perso entrambi i genitori, l'uno poco prima e l'altro poco dopo la nascita della figlia terzogenita.



La terapeuta decide allora di convocare tutta la famiglia ma all'appuntamento si presentano la paziente, il marito e la figlia terzogenita, essendo assenti i figli più grandi. Durante la seduta la terapeuta ha difficoltà a contenere l'iperattività della figlia più piccola e, inoltre, l'atteggiamento indifferente del marito nonché l'assenza dei due figli più grandi, suscitano in lei una rabbia crescente. Sentendosi bloccata ed incapace di dare alcun aiuto, dirà alla paziente che effettivamente è sola in famiglia e le consiglierà di intraprendere una psicoterapia individuale con un altro terapeuta. Dopo l'incontro la terapeuta richiede una supervisione indiretta per comprendere il motivo della sua reazione emotiva.

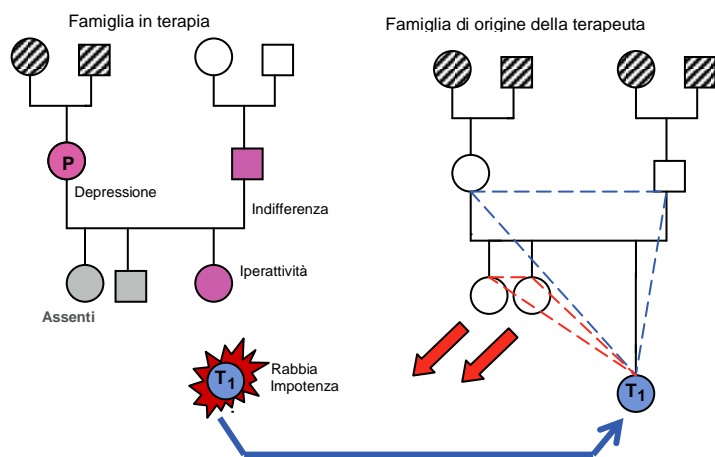
Durante la supervisione emergono alcuni elementi significativi della storia familiare della terapeuta: la famiglia di origine è composta dalla madre, dal padre, da due sorelle maggiori, e da lei, la minore. Prima della sua adolescenza la famiglia subisce un tracollo economico a partire dal quale le sorelle maggiori si sposano entrambe e vanno via di casa, lasciandola da sola con una coppia genitoriale che lotta per andare avanti e che, di fatto, chiede a lei di fare altrettanto dato che il padre è annientato dal fallimento professionale e la madre è impegnata esclusivamente a sostenerlo nella sua depressione. Non essendo possibile chiedere un aiuto per sé per il timore di aggravare ulteriormente la situazione dei genitori, la terapeuta si rivolgerà verso l'esterno incrementando le sue attività scolastiche e sociali.



Un'analisi strutturale delle configurazioni relazionali consente di individuare l'esistenza di due triangoli di relazioni, della terapeuta con i genitori e della terapeuta con le sorelle, ed in entrambi i triangoli la terapeuta occupa la posizione del terzo escluso. È a partire da questa posizione di esclusione che la terapeuta ha percepito la madre distante ed indifferente di fronte alle sue difficoltà,

² Si tratta di terapeuti all'inizio della formazione.

il padre inaccessibile nella sua depressione e vissuto l'assenza delle due sorelle, in una circostanza familiare così drammatica, come un tradimento ed un abbandono.

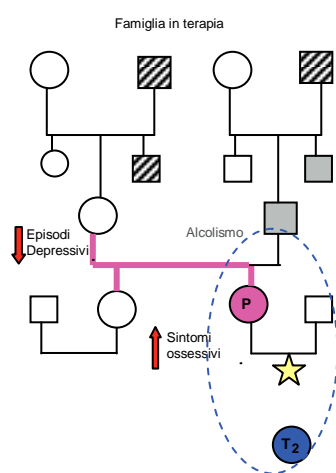


Il lavoro della supervisione permette alla terapeuta di confrontare le caratteristiche di entrambi i sistemi familiari, la famiglia in terapia e la sua famiglia di origine, e di constatare alcune similitudini strutturali a partire dalle quali comprendere la sua reazione e, cioè, in che modo l'incontro con la famiglia in terapia ha evocato ed amplificato elementi appartenenti alla propria storia familiare. Questo lavoro ha consentito alla terapeuta di attribuire la sua reazione di rabbia e impotenza all'esperienza di solitudine ed esclusione

vissuta all'interno della propria famiglia, di riconoscere l'esperienza vissuta e, nel restituirla alle configurazioni relazionali originarie, recuperare elementi importanti della propria storia familiare, non identificati come tali in precedenza.

b) Seconda situazione.

La terapeuta riceve una giovane donna in terapia a causa di una sintomatologia fobico-ossessiva. Malgrado che la paziente soffra di questi sintomi da 7 anni, il trattamento viene richiesto attualmente perché, sposata e incinta, teme che i suoi pensieri ossessivi le impediscano di essere disponibile ai bisogni del nascituro. Al primo incontro con la terapeuta la paziente si presenta insieme alla sorella, al secondo incontro insieme alla madre e, quando la terapeuta le chiede di venire accompagnata dal marito, si presenta al terzo incontro insieme alla sorella, alla madre ed al marito.



La terapeuta sollecita una supervisione indiretta perché non sa decidere quale potrebbe essere il contesto terapeutico più efficace ai fini della tutela del nascituro: una terapia individuale per la paziente oppure una terapia di coppia?

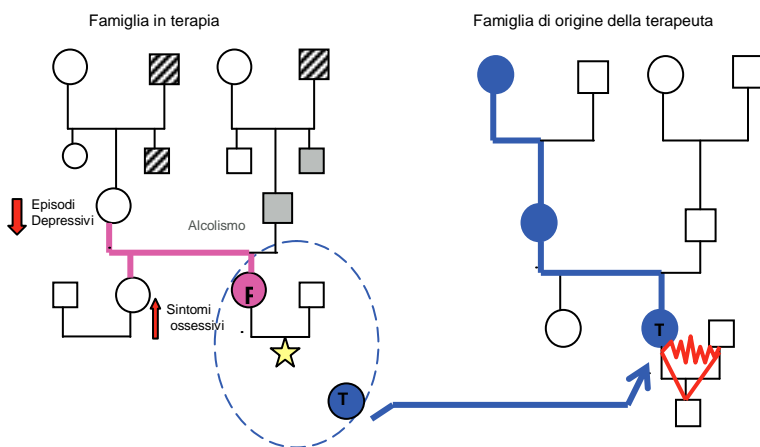
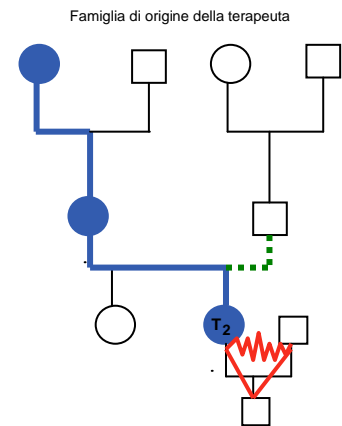
Durante la supervisione, un'analisi più esaustiva della storia della famiglia in terapia, permette di rilevare dati clinici significativi non individuati dalla terapeuta:

- la corrispondenza, alternante lungo gli anni, dei sintomi fobici ed ossessivi della paziente con gli episodi depressivi della madre,
- il contrasto tra lo stretto legame che unisce le donne tra di loro e la presenza problematica e/o l'assenza della maggior parte degli uomini.

Durante la supervisione emergono alcune caratteristiche della famiglia di origine della terapeuta: composta dalla madre, dal padre, da una sorella maggiore e da lei, la minore, sposata e con un figlio di 1 anno. La terapeuta descrive un legame molto intenso con una madre a sua volta strettamente legata alla propria madre ed un padre assente. Per ciò che riguarda la sua famiglia nucleare, il matrimonio attraversa una fase critica e la relazione con il marito è talmente conflittuale che la terapeuta vive con grande angoscia le possibili ripercussioni che il clima familiare potrebbe avere sullo sviluppo del figlio.

Il lavoro della supervisione permette alla terapeuta di confrontare le caratteristiche di entrambi i sistemi familiari e di constatare alcune similitudini strutturali a partire dalle quali comprendere le motivazioni sottostanti i suoi dubbi e preoccupazioni e, cioè, in che modo l'incontro con la famiglia in terapia ha evocato ed amplificato elementi appartenenti alla propria storia familiare.

A partire da questi dati, la terapeuta può riconoscere come la polarizzazione della sua attenzione sul problema della protezione del nascituro della paziente, rifletta l'angoscia che vive rispetto al proprio figlio, e come la polarizzazione della sua attenzione sulla famiglia nucleare della paziente - terapia individuale o di coppia? - e la sua omissione delle caratteristiche del legame disfunzionale che mantiene unite la paziente e sua madre - quando le ossessioni della paziente diminuiscono, la depressione della madre si acutizza, e viceversa - rifletta la propria necessità di isolare i problemi che vive nella sua coppia dai problemi che ancora la mantengono legata alla sua famiglia di origine.



Questo lavoro di supervisione consente alla terapeuta di riconoscere la sua angoscia e di restituirla alla relazione conflittuale con il marito, alla difficoltà di separazione dalla madre e all'incompatibilità reciproca tra entrambe le relazioni in quanto, quando si intensifica la relazione con la madre, peggiora la relazione con il marito, e viceversa. Può inoltre contestualizzare l'incompatibilità tra entrambe le relazioni in un modello di rapporto di coppia che si tramanda di generazione in generazione, modello in cui le donne scelgono gli uomini in modo tale da preservare gli stretti legami tra di loro, escludendo padri e mariti. In questo modo la terapeuta recupera elementi importanti della propria storia familiare, non identificati come tali in precedenza.

2. Il processo di appropriazione della storia familiare del terapeuta.

a) La supervisione indiretta come contesto di apprendimento.

Questi due esempi di supervisione consentono alcune riflessioni riguardanti gli incontri dei terapeuti con le famiglie in terapia.

In entrambi i casi, trattandosi di supervisioni indirette, è il terapeuta colui che espone le caratteristiche della famiglia in terapia e le caratteristiche della sua famiglia di origine.

In entrambi i casi, l'incontro con la famiglia in terapia evoca ed amplifica elementi appartenenti alla storia familiare del terapeuta il quale, non sapendo riconoscere ciò che lo costituisce, non può che essere invaso dall'intensità della propria reazione emotiva - di rabbia o di angoscia - che lo disorienta e/o paralizza al punto da sollecitare una supervisione. In entrambi i casi, a partire da alcune similitudini strutturali, o isomorfismi³, tra i sistemi familiari, il terapeuta riconosce ciò che è

³ Considero gli isomorfismi - similitudini strutturali - come una forma di risonanza e, cioè, come l'amplificazione di elementi strutturali - configurazioni relazionali - simili e comuni ai diversi sistemi in interazione.

stato evocato ed amplificato dal suo passato e, restituendolo alle configurazioni relazionali originarie, recupera elementi importanti della propria storia familiare.

Un ulteriore elemento comune al lavoro della supervisione riguarda il rapporto tra le somiglianze e le differenze: a partire dalle somiglianze tra entrambi i sistemi familiari, *è nella misura in cui* il terapeuta riconosce gli elementi costitutivi del suo passato, *che* riesce a distinguere le differenze tra i sistemi nel contesto terapeutico presente. Se la capacità di distinguere le differenze dipende dalla possibilità di riconoscere le somiglianze, ciò significa che la possibilità del terapeuta di acquisire un'adeguata regolazione delle proprie emozioni - in modo tale da evitare che le costruzioni del mondo di tutti i membri del sistema terapeutico si rinforzino mutuamente - *dipende necessariamente* dal grado di appropriazione della sua storia familiare.

Nella prima situazione di supervisione, è a partire dal riconoscimento della propria esperienza di solitudine ed esclusione all'interno della sua famiglia di origine, che la terapeuta può rendersi conto di come la reazione di rabbia impotente e l'indicazione di una psicoterapia individuale per la paziente, rinforzò la convinzione di tutti i membri del sistema terapeutico, inclusa lei stessa, sull'impossibilità di ricevere un aiuto dalla propria famiglia.

Nella seconda situazione di supervisione, è a partire dal riconoscimento della propria necessità di isolare i legami significativi all'interno della propria famiglia - nucleare e di origine - che la terapeuta può rendersi conto di come avrebbe potuto rinforzare in tutti i membri del sistema terapeutico, inclusa lei stessa, la percezione d'incompatibilità tra legami affettivi importanti.

b) Meccanismi neurobiologici nell'apprendimento emotivo.

Joseph LeDoux (2005) sostiene che per i ricordi di esperienze emotive il cervello utilizza due sistemi differenti di apprendimento e due tipi di memoria: uno è implicato nella formazione di ricordi coscienti di esperienze emotive e costituisce la memoria dichiarativa o esplicita, per cui i ricordi creati in questo modo possono essere evocati e descritti verbalmente. L'altro sistema di apprendimento e di memoria è implicato nella formazione di memorie emotive implicite e costituisce la memoria implicita, per cui i ricordi creati in questo modo governano la condotta senza una consapevolezza esplicita dell'apprendimento passato.

Per LeDoux (1992):

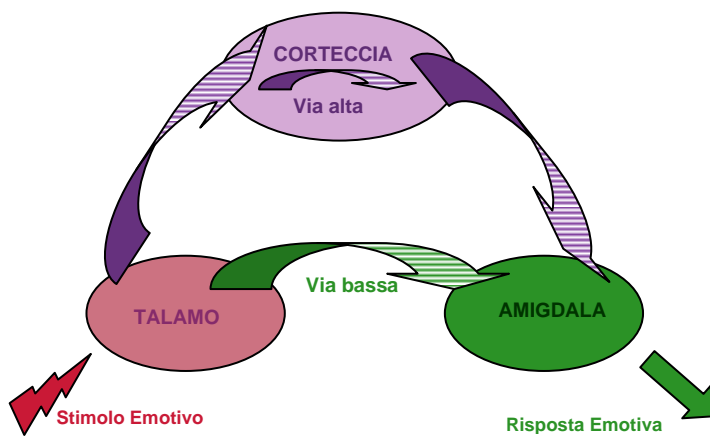
- un'emozione può costituire un modo di ricordare: "I ricordi affettivi - emozioni - possono essere, però non necessariamente sono, ricordi nel senso di una memoria cosciente. Nonostante ciò, sono ricordi nel senso che rappresentano informazione immagazzinata nel sistema nervoso e nel senso che possono avere una potente influenza nel futuro processamento dei dati e nella condotta";
- ed un ricordo deve essere attivato da uno stimolo: "I ricordi sono immagazzinati sotto la forma di reti associative, strutture cognitive dove le differenti componenti del ricordo sono rappresentati separatamente e collegati tra di loro. Perché un ricordo compaia nella memoria, questa rete associativa deve raggiungere un certo livello di attivazione, e lo raggiunge in funzione del numero delle componenti del ricordo attivate e del loro grado di contribuzione rispettiva".

Sulla base di queste affermazioni, potremmo considerare le risposte emotive delle terapeute - la reazione di rabbia nell'una, e di angoscia nell'altra - come un ricordo affettivo e, cioè, come informazione immagazzinata nel sistema nervoso sotto la forma di una rete associativa che contiene la memoria emotiva implicita di un'esperienza passata. Potremmo anche ipotizzare che lo stimolo rappresentato dagli elementi strutturali simili e comuni ai due sistemi familiari - avrebbe potuto attivare alcuni componenti della rete associativa costitutiva del ricordo affettivo, provocando nelle terapeute le reazioni emotive corrispondenti a quel ricordo affettivo. Ad esempio, nel caso della prima terapeuta, lo stimolo attivante il ricordo affettivo potrebbe essere individuato nella distanza emotiva tra i membri della famiglia, esistente in entrambi i sistemi familiari, che successivamente

emerge nel contesto della supervisione sotto la forma dell' isomorfismo. Nel caso della seconda terapeuta, lo stimolo attivante il ricordo affettivo potrebbe essere individuato nella percezione d'incompatibilità tra legami affettivi importanti, esistente in entrambi i sistemi familiari, che successivamente emerge nel contesto della supervisione sotto la forma dell' isomorfismo.

Sempre secondo LeDoux (2005) , il cervello può valutare uno stimolo in modo incompleto : “Il significato emotivo di uno stimolo, può cominciare ad essere valutato prima che i sistemi della percezione lo abbiano trattato in modo completo. E' pertanto possibile per il nostro cervello sapere che qualcosa è buono o è cattivo prima di sapere esattamente di cosa si tratta”.

A partire dallo studio di un'emozione specifica, la paura e le sue differenti manifestazioni, LeDoux propone un modello neurale triangolare che connette l'amigdala (responsabile della valutazione del significato emotivo di uno stimolo e della sua memorizzazione sotto la forma di risposte emotive implicite), il talamo (responsabile dell'elaborazione subcorticale degli stimoli sensoriali) e la corteccia sensoriale (responsabile dell'elaborazione cosciente delle emozioni), in un circuito nervoso che comporta una trasmissione in parallelo all'amigdala dei segnali provenienti dal talamo e dalla corteccia sensoriale. La via subcorticale fornisce un'immagine semplice ed imprecisa del mondo esterno, mentre le rappresentazioni più dettagliate e complesse arrivano dalla corteccia:



“L’informazione sugli stimoli esterni raggiunge l’amigdala attraverso una via diretta che proviene dal talamo - via bassa - oppure tramite una via che passa anche attraverso la corteccia. La via bassa è più breve e dunque più veloce di quella che proviene dalla corteccia. Tuttavia, siccome evita la corteccia, non può beneficiare dell’elaborazione corticale e quindi fornisce all’amigdala solo una rappresentazione rozza dello stimolo. Si tratta di un percorso di elaborazione veloce ed impreciso che ci consente di rispondere a stimoli

potenzialmente pericolosi prima di sapere esattamente che cosa siano ... Questa via diretta potrebbe essere all’origine delle risposte emotive che non comprendiamo...”

L’esistenza di questa doppia via di processazione degli stimoli potrebbe ulteriormente spiegare perché, nell’incontro con la famiglia in terapia, il terapeuta resta invaso dalle proprie emozioni: quando lo stimolo rappresentato dagli elementi simili e comuni a entrambi i sistemi familiari attiva alcuni componenti della rete associativa costitutiva del ricordo affettivo, l’amigdala, valutando il significato emotivo dello stimolo come “simile a”, *assimila* l’esperienza nel presente alla memoria emotiva implicita dell’esperienza passata e, prima di sapere esattamente di cosa si tratta, la valuta “più cattiva che buona” e scatena la risposta emotiva adeguata - in questo caso - di rabbia o di angoscia.

Le terapeute quindi, restano invase dalle proprie emozioni, non soltanto a causa dell’intensità e immediatezza della reazione emotiva scatenata dall’amigdala, ma anche a causa dell’assenza di un trattamento corticale, esplicito, cosciente dell’informazione.

In altre parole, l’assenza di un riconoscimento (a livello corticale) della valutazione effettuata (a livello subcorticale) del significato emotivo dello stimolo, valutato in funzione della memoria emotiva implicita di una esperienza passata, non consente alle terapeute di distinguere le differenze esistenti (a livello corticale) tra entrambi i sistemi familiari, differenze annullate (a livello

subcorticale) nell'equivalenza tra l'esperienza nel presente e la memoria emotiva implicita di un'esperienza passata.

LeDoux sostiene che: "I ricordi emotivi dell'amigdala sono incisi in maniera indelebile nei suoi circuiti. Non possiamo cancellarli, ma possiamo sperare di regolarne l'espressione, facendo appunto in modo che la corteccia controlli l'amigdala...Aiutare la corteccia ad avere più controllo sull'amigdala...potrebbe implicare la regolazione dell'amigdala dalle conoscenze esplicite del sistema della memoria...e da altre aree corticali legate alla coscienza...Cosa interessante, è ben noto che le connessioni che vanno dalle aree corticali all'amigdala sono molto più deboli di quelle che fanno il percorso inverso. Ciò potrebbe spiegare perché l'informazione emotiva può così facilmente invadere i nostri pensieri coscienti, ed all'inverso, perché ci risulta così difficile acquisire un controllo cosciente delle nostre emozioni".

Riconnettere il cervello implica che la corteccia "apprenda" a riconoscere ciò che l'amigdala valuta, e che l'amigdala "apprenda" a discriminare ciò che la corteccia distingue. L'apprendimento emotivo che si dispiega durante la formazione sotto la forma di un processo di appropriazione della storia familiare del terapeuta trasforma le sue memorie emotive implicite di esperienze passate in ricordi espliciti di esperienze emotive. Questa trasformazione implica una regolazione dei ricordi affettivi - emozioni - dell'amigdala grazie alle conoscenze esplicite del sistema della memoria dichiarativa.

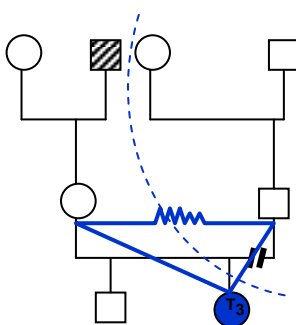
3. Il processo di appropriazione della storia familiare del terapeuta come parametro della sua evoluzione personale e professionale.

Presenterò l'evoluzione di due terapeute nell'arco della loro formazione quadriennale. Utilizzerò i genogrammi delle loro famiglie di origine, e le progressive modificazioni dei genogrammi durante le supervisioni dirette ed indirette, per evidenziare il processo di appropriazione delle storie familiari di entrambe le terapeute. Man mano che esse trasformano le loro memorie emotive implicite di esperienze passate in ricordi espliciti di esperienze emotive, recuperano elementi importanti della loro storia familiare e identificano nuove configurazioni relazionali nelle loro famiglie di origine, che riorganizzano la percezione di se stesse e della loro relazione con gli altri membri della famiglia.

a) Prima terapeuta.

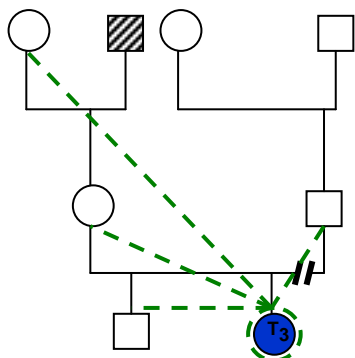
All'inizio della formazione, la terapeuta espone il genogramma della propria famiglia di origine, in base ai dati che considera maggiormente significativi:

Famiglia di origine della terapeuta



- all'età di 6 anni, i genitori si separano;
- la madre ritorna a casa dei propri genitori e la terapeuta ed il fratello crescono con i nonni materni perdendo ogni rapporto con il padre ed i nonni paterni;
- all'età di 10 anni, il nonno materno muore;
- per la terapeuta, l'evento più importante della sua storia familiare è costituito dalla separazione dei genitori.

Più avanti durante la formazione, la terapeuta tratta, nel contesto di una comunità terapeutica, un paziente con problemi di tossicodipendenza. La disorganizzazione mentale del paziente non le permette di ricostruire la storia sintomatica per cui la terapeuta decide di convocare i familiari, i quali però, la disorientano ulteriormente. La terapeuta sollecita una supervisione perché si sente,

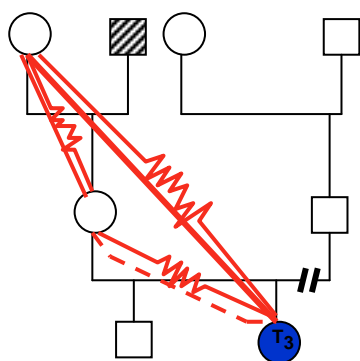


rispetto al suo paziente, come “sospesa nel vuoto”.

Durante la supervisione la terapeuta rivisita le relazioni nella propria famiglia e scopre all’origine della sua convinzione di grande autonomia ed indipendenza, delle esperienze relazionali che sono state fonte di solitudine e confusione:

“Ho sempre voluto essere, e mostrarmi agli altri, indipendente. Nel mio sforzo per dimostrare di essere capace di fare tutto da sola e non chiedere niente a nessuno, non mi sono resa conto della mia solitudine. Mi credevo indipendente quando in realtà non facevo che dipendere dall’immagine che volevo dare di me alla mia famiglia. Ho confuso il non avere niente da chiedere con il non avere nessuno a chi chiedere”.

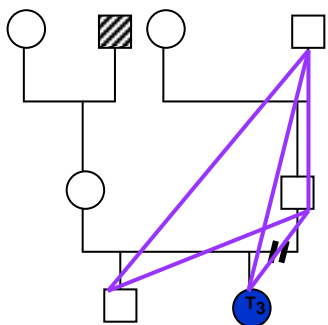
A formazione avanzata, la terapeuta presenta un caso di un’adolescente trasgressiva, che segue in terapia insieme alla madre. Sollecita una supervisione indiretta perché ha difficoltà a delimitare e mantenere in seduta la gerarchia intergenerazionale tra madre e figlia.



Durante la supervisione rivisita nuovamente la propria famiglia di origine e scopre la dinamica dell’interazione triadica nonna materna- madre- figlia, a partire dalla quale comprendere la sua confusione e difficoltà a stabilire confini:

“Sono stata la figlia che mia madre ha offerto in dono alla propria madre, con il dovere di colmare le aspettative che lei stessa non era riuscita a soddisfare. Anche se mia madre faceva il possibile per accontentare mia nonna, non era mai abbastanza. Mia madre è stata sempre per me come una sorella che mia nonna svalutava e che spesso io dovevo difendere...però lei era gelosa del mio rapporto con mia nonna anche se nonna mi ricordava sempre che per essere voluta bene da lei dovevo fare tutto bene”.

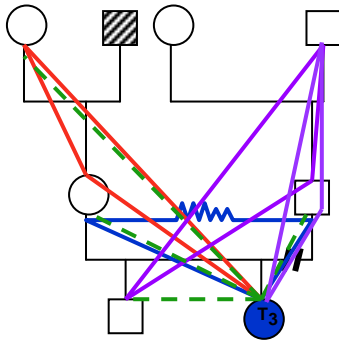
Verso la fine della formazione, la terapeuta inizia, questa volta nel contesto di una supervisione diretta, la terapia di una famiglia il cui figlio unico presenta una sintomatologia psicotica. La configurazione relazionale è caratterizzata da un conflitto coniugale, una madre invadente ed un padre assente il quale, poco prima della nascita del figlio ha interrotto i rapporti con il proprio padre. Limitare l’invadenza materna e coinvolgere il padre tenendo conto della relazione che egli ha



avuto con il proprio padre, costituiscono i due obiettivi terapeutici concordati tra il supervisore e la terapeuta, che riesce a concretizzare il primo ma si paralizza di fronte al secondo.

Il lavoro di supervisione consente alla terapeuta di rivisitare, malgrado il suo timore, le circostanze che hanno provocato la separazione dei genitori e, in particolare, il ruolo fondamentale dell’invadenza della nonna materna nel conflitto coniugale dei genitori e nel progressivo allontanamento del padre. A partire da questo lavoro di supervisione la terapeuta riprese, dopo quasi 20 anni, i contatti con il padre, comprendendo grazie alla storia familiare trigenitoriale, i motivi per i quali non riuscì a difendere il suo diritto alla paternità.

In questa evoluzione, ogni volta che la terapeuta effettua un lavoro di supervisione, avviene un riconoscimento della storia vissuta che comporta un'appropriazione della sua storia familiare: nella misura in cui la terapeuta trasforma le memorie emotive implicite di esperienze passate in ricordi espliciti di esperienze emotive, recupera elementi importanti della propria storia familiare ed identifica nuove configurazioni relazionali che riorganizzano la percezione di se stessa e della sua relazione con gli altri membri della famiglia.

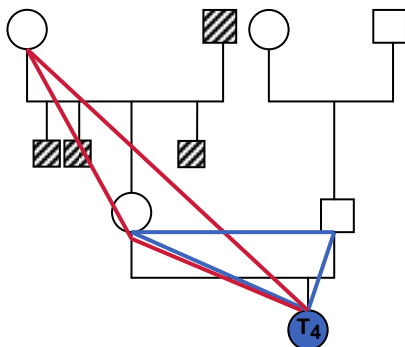


In questo percorso, il processo di appropriazione della sua storia familiare, consente un'apprendimento emotivo dato che la trasformazione di memorie implicite in ricordi espliciti comporta, ogni volta, una regolazione dei ricordi affettivi - emozioni - dell'amigdala, grazie alle conoscenze esplicite del sistema della memoria esplicita o dichiarativa.

Le successive modificazioni strutturali del genogramma della sua famiglia di origine, costituiscono degli indicatori che consentono di tracciare questa evoluzione lungo la formazione, e testimoniano del processo di appropriazione della storia familiare della terapeuta.

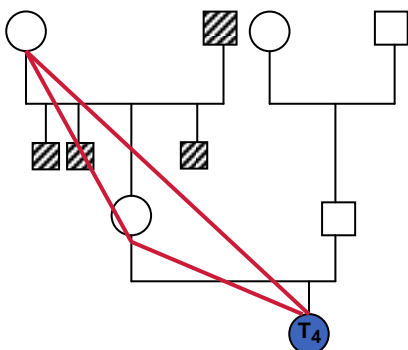
b) Seconda terapeuta.

All'inizio della formazione, la terapeuta espone il genogramma della sua famiglia di origine, a partire dai dati che considera maggiormente significativi:



- la famiglia di origine della madre subisce la perdita di quattro dei suoi membri a causa di malattie tumorali;
- la madre della terapeuta è assai più presente nella sua famiglia di origine rispetto della sua famiglia nucleare, motivo per il quale i genitori della terapeuta sono sempre in conflitto;
- la percezione ricorrente che la terapeuta riferisce è quella di sentirsi "in trappola", non soltanto nella relazione conflittuale tra la madre ed il padre, ma anche nella relazione di dipendenza tra la nonna e la madre.

Più avanti durante la formazione, la terapeuta espone il caso di una famiglia che segue presso un ospedale generale. La paziente "M" è un'adolescente paralizzata a causa di un tumore del sistema nervoso, malattia identica a quella per la quale è recentemente deceduto il fratello. La famiglia ha deciso di non comunicare alla figlia la vera diagnosi. La terapeuta sollecita una supervisione indiretta perché si sente impotente ed incastrata tra il servizio che le affida il trattamento psicologico della paziente e la famiglia della paziente che rifiuta ogni aiuto che possa comportare la rivelazione del segreto.



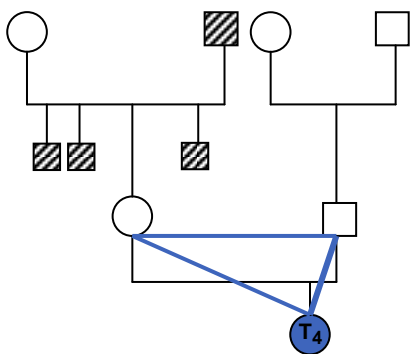
Durante la supervisione la terapeuta rivisita la storia dei lutti non elaborati nella famiglia di origine di sua madre, e scopre la funzione omeostatica del silenzio nel mantenimento delle relazioni di dipendenza tra madre e figlia. Ciò le consente di intuire la probabile esistenza di un nesso tra il suo sentirsi impotente ed "incastrata" nella situazione clinica, e le difficoltà di separazione nella sua famiglia.

"La mia famiglia, come la famiglia di "M", ha sofferto perdite importanti. La morte si è infiltrata nelle relazioni familiari e le persone care sono scomparse le une dopo le altre senza lasciare traccia perché nessuno di noi vuole, né deve, nominare l'assenza. Le anime morte non permettono nella

mia famiglia di separarsi, ne a mia madre da sua madre, ne a me da loro, perché la separazione comporta una perdita impossibile da elaborare...la storia di "M" ha avuto nella mia vita l'effetto di un sasso lanciato in uno stagno, producendo mille cerchi concentrici ed un rumore assordante, rompendo tutte le barriere personali e professionali che ero riuscita ad alzare".

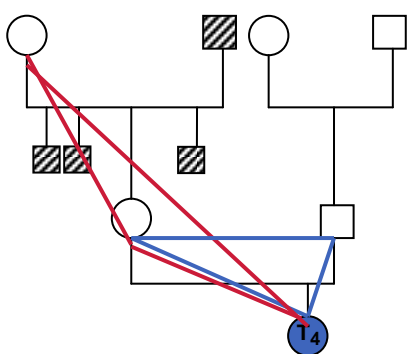
Verso la fine della formazione, la terapeuta inizia, questa volta nel contesto di una supervisione diretta, il trattamento di una famiglia dove i genitori chiedono una terapia perché non riescono a stabilire delle regole nell'educazione dei loro tre bambini. I due bambini più grandi soffrono di emofilia, il secondo ha un problema di enuresi ed i tre bambini hanno problemi di condotta. La caoticità delle sedute trasforma rapidamente il contesto della supervisione in una co-terapia supervisore-terapeuta, di fronte ad una famiglia caratterizzata da una "incontinenza" alla quale i genitori partecipano esigendo risultati e, contemporaneamente, invalidando gli interventi terapeutici.

Durante la supervisione, la terapeuta manifesta il suo desiderio di ritirarsi dal caso. Si sente frustrata di fronte ad una famiglia dove ad ogni seduta bisogna ricominciare tutto, e si sente bloccata tra le richieste del supervisore e la reticenza al trattamento della famiglia.



La terapeuta rivisita nuovamente le proprie relazioni familiari e, in particolare, la relazione con i suoi genitori, e inizia ad avere una consapevolezza sul modo nel quale lei partecipa al mantenimento della propria immobilità, in famiglia, tra sua madre e suo padre: *"Ho sempre sentito nella mia vita, come figlia, di aver avuto poco spazio, perché i miei genitori mi davano poco spazio e perché non ho mai pensato che potevo fare qualcosa per prendermi il mio spazio"*, e nel contesto clinico, tra la famiglia ed il supervisore: *"Mi sono sentita invisibile ed allo stesso tempo ho percepito i rischi di una visibilità: la mia difficoltà a stare nell'esperienza mi ha permesso di non entrare nell'esperienza"*.

Questa evoluzione evidenzia come, malgrado i vari incontri con le famiglie in terapia e le rispettive supervisioni, la percezione che la terapeuta ha di sé stessa e della sua relazione con gli altri e, cioè, il sentirsi sempre "incastrata tra", non si modifica. L'incontro con l'attività clinica e le supervisioni sembrano piuttosto rinforzare, ogni volta, l'immobilità della terapeuta e la sua convinzione sulla propria impossibilità di agire sugli avvenimenti. In questo caso, la particolare gravità e complessità delle situazioni cliniche incontrate potrebbero avere rinforzato il suo timore di modificare equilibri personali e relazionali, generando specifiche difficoltà nel suo apprendimento cognitivo ed emotivo: nonostante la terapeuta recuperi alcuni elementi significativi della sua storia familiare, trasformando memorie emotive implicite di esperienze passate in ricordi espliciti di esperienze emotive questo riconoscimento risulta *ancora insufficiente* ai fini di acquisire un'adeguata regolazione dei ricordi affettivi - emozioni - dell'amigdala, grazie alle conoscenze esplicite del sistema della memoria



esplicita o dichiarativa ossia, come sostiene LeDoux, ai fini di "aiutare la corteccia ad avere più controllo sui ricordi emotivi che sono incisi in maniera indelebile nei circuiti dell'amigdala".

In questo percorso, l'assenza di modificazioni strutturali nel genogramma della famiglia di origine della terapeuta, evidenzia la mancanza di evoluzione nel suo sviluppo personale e professionale: nonostante il processo di appropriazione possa ritenersi avviato, esso risulta ancora insufficiente ai fini di attivare una riorganizzazione della percezione di sé stessa della terapeuta, e del suo rapporto con gli altri, percezione che, di fatto, inizia a modificarsi *soltanto* verso la fine della formazione.

Conclusione.

Il principale strumento terapeutico è costituito dalla persona del terapeuta.

In quanto osservatore che ordina ed organizza un mondo costruito dalle proprie esperienze, deve apprendere ad utilizzare se stesso in modo sistemico nel paradosso dell'autoreferenza. Al fine di non essere invaso dalle emozioni che il sistema terapeutico evoca e/o amplifica della propria storia, il terapeuta deve effettuare un apprendimento cognitivo ed emotivo, e tale apprendimento dipende necessariamente da un riconoscimento ed un'appropriazione della propria storia familiare.

In questo lavoro ho voluto descrivere questo processo di appropriazione della storia familiare del terapeuta:

- come, nel contesto delle supervisioni ed a partire dalle similitudini strutturali o isomorfismi tra la famiglia che consulta e la famiglia di origine del terapeuta, egli recupera elementi importanti della sua storia familiare, non identificati tali in precedenza;

- come, nella misura in cui il terapeuta trasforma le memorie emotive implicite di esperienze passate in ricordi espliciti di esperienze emotive, acquisisce un dominio sulle proprie emozioni che gli consente, invece di reagire, la libertà di decidere come agire - agire sempre in modo tale da incrementare il numero delle alternative, era per Heinz Von Foerster, un imperativo ético - ;

- come, ad ogni appropriazione della storia vissuta il terapeuta identifica nuove configurazioni relazionali nella propria famiglia che riorganizzano la percezione di sé stesso e delle sue relazioni con gli altri, e come questa evoluzione può essere tracciata considerando il genogramma della famiglia di origine del terapeuta e le progressive modificazioni di esso durante la formazione un parametro del suo sviluppo personale e professionale.

Bibliografia.

Chouhy A., La Famiglia di Origine del Terapeuta nel Contesto della Supervisione Indiretta, in La Famiglia di Origine, L'incontro in psicoterapia e nella formazione, a cura di M. Andolfi e V. Cigoli, Ed.Franco Angeli, 2003.

Mony Elkaim; Si tu m'aimes ne m'aime pas, 1989, Editions du Seuil.

LeDoux J., Le cerveau des emotions, 2005, Editions Odile Jacob.

LeDoux J., Emotion as Memory : Anatomical systems underlying indelible neural traces, in The Handbook of Emotion and Memory: Research and Theory, 1992, edited by Sven-Ake Christianson.

Von Foerster H., Ethics and second-order Cybernetics, 1990, Systems and Family Therapy International Conference.

Maturana H., El Arbol del Conocimiento, 1984, Editorial Universitaria.

