

Situarsi: posizionamento ed emozioni in terapia sistemica

Claudia Lini*¹

Paolo Bertrando**²

* Didatta, Scuola di Psicoterapia Sistemico-Dialogica, via Gavazzeni 9, Bergamo. E-mail lini.claudia@libero.it.

** Direttore, Scuola di Psicoterapia Sistemico-Dialogica, Bergamo

Riassunto

In terapia sistemica, la posizione di terapeuti e pazienti nei sistemi è da sempre considerata importante. Questo articolo propone un'integrazione tra posizionamento e consapevolezza emotiva, che definiamo "situarsi". Attraverso la lente del situarsi, il terapeuta può avere migliore comprensione dei dilemmi e delle difficoltà nella vita relazionale dei pazienti, oltre ad avere a disposizione un nuovo strumento per orientare la propria attività clinica. I diversi modi di usare il situarsi in terapia sono descritte attraverso l'analisi di un caso clinico.

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

Emotional positioning in systemic therapy

Abstract

In systemic therapy, the therapists' and clients' positioning has always been considered as an important dimension. This article proposes to integrate positioning with emotional awareness. We define such an integration as "emotional positioning". Through the lens of emotional positioning, the therapist may reach a better understanding of dilemmas and problems in her patients' relational lives, as well as gaining a new tool for getting an orientation in her clinical activity. The ways of using emotional positioning in therapy are illustrated by analyzing a clinical situation.

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

Per quanto la posizione dell'individuo nei sistemi umani sia stata da sempre molto considerata in terapia sistemica, lo è stata soprattutto in quanto posizione del terapeuta nel sistema terapeutico (Bertrando, 2014a). Vorremmo qui adottare una prospettiva più ampia, in due sensi: in primo luogo, comprendere la nostra posizione ci può orientare in ogni aspetto della vita; in secondo luogo, il processo ha esiti significativi solo se riusciamo a dare un senso al 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 definirlo con il termine "situarsi".

Il situarsi 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 un processo fluido e in continuo divenire, dandogli una 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 Silvia, 45 anni, fisioterapista, e Giuseppe, 50 anni, un tempo responsabile marketing di una società, attualmente in cerca di occupazione. Hanno due figli, un maschio di nove anni e una femmina di sei. Arrivano in terapia su spinta di lei: "Non so più chi siamo, come coppia," dice, "e nemmeno dove vogliamo andare. Non capisco se abbiamo ancora obiettivi condivisi, se per noi è il caso di rimanere insieme".

In una prima fase di dialogo aperto, Silvia e Giuseppe ci raccontano la loro storia: quando è come si sono incontrati, i percorsi condivisi di formazione personale. Sono appartenuti entrambi a un gruppo di rinnovamento spirituale, in cui Giuseppe era molto coinvolto, mentre Silvia, ripensandoci, si è convinta che fossero “abbastanza invasati”; il contenitore esterno del gruppo sembrava offrire alla coppia appartenenza e scopi comuni. Cinque anni fa Giuseppe è stato licenziato dalla ditta per cui lavorava. Da allora è disoccupato e sta cercando - da solo - di mettere in piedi un’attività di broker on line, facendosi nel frattempo sostenere da Silvia.

Ci descrivono poi la crisi: Giuseppe è sempre più concentrato sul proprio obiettivo professionale, che dovrebbe dare una svolta alla sua vita e a quella della famiglia; nonostante l’appoggio totale della moglie l’attività non decolla e l’inizio vero e proprio è continuamente rinviato a un imprecisabile futuro. Giuseppe ha tempo per stare in casa, molto più di Silvia, ma è comunque distante dai figli, che manifestano segni evidenti di malessere (il primogenito, in particolare, ha sviluppato un’accentuata balbuzie).

Quanto a noi, ci mettiamo in posizione interlocutoria, di ascolto, cerchiamo di aprire il dialogo, di fare ipotesi sulla situazione: perché Silvia abbia trovato proprio questo marito e perché lui abbia voluto lei, il senso che la famiglia finora ha avuto per loro, e così via. Sentiamo però una minima impasse, con Giuseppe che tende a essere (percepito da noi come) squalificante, per esempio dimenticando gli appuntamenti, oppure trascurando di pagare le sedute.

In quarta seduta, Silvia e Giuseppe portano il pensiero della separazione come soluzione di benessere per tutti. Giuseppe non ha spazi esterni di lavoro, ma la sua inamovibilità da casa è diventata gravosa per gli altri, dice Silvia, che non la tollera più. Allo stesso tempo, entrambi concordano che separarsi è impossibile: per difficoltà economiche, per i figli, ma soprattutto perché Giuseppe non ha un lavoro.

Il terapeuta uomo interviene: “Comprendiamo le vostre difficoltà,” dice, “ma ci sono altre possibilità, altri modi possibili per separarsi. Molte coppie vivono da separati in casa, e per alcuni non è una condizione così difficile. Basta che ci sia una volontà chiara di andare in quella direzione, e poi i mezzi logistici in qualche modo si trovano.” Il terapeuta è stato

inaspettatamente assertivo, prospettando l'idea con tono di verità. Silvia è d'accordo con lui: "Potremmo allestire uno spazio per lui in taverna, e ridurre le occasioni di stare insieme." Anche Giuseppe mostra di credere, almeno provvisoriamente, alla prospettiva.

Nel tono emotivo della coppia ci sembra di percepire comune sollievo e nuovi propositi di vita. Anche noi terapeuti siamo sollevati. Ci rendiamo conto di aver reagito a un crescente senso di frustrazione e claustrofobia, che a sua volta rifletteva un analogo clima emotivo che avvertivamo in loro. Silvia e Giuseppe si affrontavano mettendosi l'uno nella posizione dell'uomo che si sta dedicando a una missione, l'altra in quella di chi deve sostenere e sostentare a ogni costo tanto lui quanto il progetto familiare. Lui infastidito e aggressivo di fronte a ogni interferenza, lei frustrata e intristita da obblighi intollerabili. Noi, a nostra volta, eravamo frustrati in modo speculare a Silvia: bloccati dall'impossibilità di ottenere cambiamenti e al contempo dalla necessità di mandare avanti la terapia.

L'intervento è stato il tentativo di trovare una via d'uscita, e per questo lo si era dovuto porgere con quel tono di necessità e verità. Come a dire: "Si può cambiare tutto anche facendo pochissimo di diverso". Una volta accettata l'idea (la possibilità), le emozioni dominanti sono cambiate (Bertrando, 2014b). Ci chiedono un appuntamento molto distanziato, dopo circa due mesi.

Riflettendoci retrospettivamente, appare chiaro che ci siamo concentrati da un lato sulle posizioni reciproche nostre e loro, dall'altro sulle rispettive emozioni. Le domande cui abbiamo dovuto rispondere (e cui hanno dovuto rispondere a loro volta, sia pure in altro modo, anche Silvia e Giuseppe) sono essenzialmente due: "dove sono?" e "come sto?".

"Dove sono?" La posizione del terapeuta nel sistema

La riflessione sulla posizione del terapeuta, come detto, ha una lunga storia nel pensiero sistemico, che ne ha evidenziato la natura 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

Il primo gruppo di Milano ha affidato le sue considerazioni sull'atteggiamento del terapeuta all'ultimo, importante articolo firmato insieme, "Ipotizzazione, circolarità, neutralità" (Selvini Palazzoli et al., 1980a). In esso, l'atteggiamento prescritto al terapeuta era quello di 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 e spassionato di processi che avvengono in un sistema paziente da lui 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, autore che ha dedicato buona parte della sua carriera a riflettere sulla posizione del terapeuta (Bertrando, 2006), 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. L'irriverenza postula una libertà totale del terapeuta, che 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

L'idea di posizione come localizzazione del terapeuta ha visto il primo embrione in 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.

L'invio ha effetto sul terapeuta cambiando la sua posizione rispetto ai pazienti: 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, al di là del sistema sociale considerato inizialmente come il solo rilevante dalla terapia sistemica, cioè la famiglia. Qui sono presi in considerazione la famiglia (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 (Anderson, Goolishian e Winderman, 1986), è quello

di *problem-determined system*, “sistema determinato dal problema”. Più radicali dei terapeuti di Milano nel sovvertire le classiche categorie della terapia familiare, questi autori sostengono che, invece di considerare il modo in cui un sistema (la famiglia) produrrebbe problemi, conviene occuparsi di come la presenza di problemi generi un sistema, la cui organizzazione finisce poi per risultare molto simile a quella del sistema significativo di cui sopra. La divergenza diventerà più visibile quando il gruppo di Galveston, seguendo l’evoluzione logocentrica di tutte le terapie postmoderne, finirà per definire ogni sistema umano come “sistema linguistico” (Anderson e Goolishian, 1988), vedendolo quindi più come un insieme di discorsi che come un raggrupparsi di persone viventi, in tutta la loro fisicità e presenza (Bertrando, 2000).

Tutti questi concetti rendono necessario capire come un sistema umano sia qualcosa che si costruisce nel tempo e nello spazio, intorno a un problema, un sintomo o una situazione determinata, e non qualcosa di “dato”, esistente in natura, com’era considerata la famiglia. È stato in gran parte a partire da queste considerazioni che si è cominciato a vedere la famiglia stessa sempre meno come un oggetto naturale, normato secondo i dettami della sociologia parsoniana, 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”

La *positioning theory* è un insieme di teorie create da un gruppo di psicologi sociali costruzionisti, tra cui Rom Harré, Luk Van Langenhove e Fathali Moghaddan (Harré e Moghaddan, 2003; Harré e van Langenhove, 1999). In quanto teoria sociologica, ha lo scopo di sostituire il concetto, considerato troppo rigido, di ruolo sociale, con quello più elastico e duttile di posizione. 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. Le posizioni sono sempre reciproche ed evolvono nel tempo, a volta molto rapidamente.

In chiave terapeutica, la *positioning theory* permette una lettura della posizione del terapeuta sia in termini di localizzazione, sia di atteggiamento del terapeuta, e anche della reciprocità fra posizionarsi del terapeuta e posizionarsi dei pazienti. Un limite di questa teoria, dal punto di vista del terapeuta, è il suo essere essenzialmente discorsiva (Davies e Harré, 1990). 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, specie terapeutico (Bertrando, 2014a), in particolare le interazioni emotive.

“Come sto?” Le emozioni di terapeuta e pazienti nel sistema

Se il modello sistemico è sempre stato ricco di riflessioni sulle posizioni reciproche di terapeuti e pazienti, è anche stato povero di considerazioni sullo stato emotivo degli attori presenti nel sistema terapeutico - o in qualunque altro sistema umano. Negli ultimi anni, però, l'interesse per i fatti emotivi e le loro conseguenze terapeutiche è cresciuto anche in ambito sistemico, portando a una revisione tanto delle teorie generali, quanto dei metodi terapeutici (Bertrando, 2014b).

In questa chiave, l'emozione non è vista come una proprietà interiore dell'individuo - posizione che aveva condotto alla sua esclusione dalla prassi sistemica - 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).

Possiamo allora considerarle come organizzatori di qualunque sistema umano, sia esso un individuo, una famiglia o un'istituzione. Alcune emozioni 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 scomparire del tutto, e

continuando a esercitare i loro effetti). Le chiameremo 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 nuova attenzione verso gli scambi preverbalì ed extraverbalì, 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 autoritaria delle loro produzioni non verbali, ma piuttosto di fare proposte, di riflettere insieme su fatti emotivi che passerebbero altrimenti sotto silenzio.

Una tale evoluzione ci 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, il modo in cui ci sentiamo all'interno di una sistema ci conduce ad assumere determinate posizioni in esso, per esempio avvicinandoci a qualcuno e allontanandoci da qualcun altro. Allo stesso tempo, se spostarsi nel sistema ci risulta difficile o impossibile, il nostro stato emotivo cambierà.

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) sono 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 non erano mai 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 elemento del sistema, come evento pre-logico e pre-categoriale che riguarda la relazione reciproca tra membri del sistema, 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:

“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.

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):

- Comprendere il proprio sentire in un dato momento e in una data situazione, il benessere o il malessere esperito, le emozioni dominanti (e anche tacite, se possibile) che diventano più spiccate o scompaiono dall'orizzonte della coscienza;
- Acquisire consapevolezza del proprio atteggiamento, della disposizione affettiva e cognitiva verso gli altri attori presenti nel momento e nella situazione, oltre che nel contesto complessivo, e del modo in cui queste ultime portano a una disposizione all'azione verso di loro;
- Valutare la propria posizione nel contesto e nel sistema: “La responsabilità terapeutica inizia dal vedere la propria posizione nel sistema” (Cecchin, 1987, p. 409);
- Agire secondo l'analisi della posizione e il dettato emotivo insieme, così da arrivare a una sintesi e a un'integrazione dei due livelli.

Se concepiamo il situarsi non solo come forma di conoscenza, ma anche e soprattutto come disposizione all'azione, 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.

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 in una matrice strettamente duale. 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.

Il situarsi, inoltre è una possibilità per qualsiasi persona, non solo per il terapeuta nella relazione terapeutica. Obiettivo del lavoro terapeutico diventa allora aiutare le persone a rendersi consapevoli dei livelli di relazione in cui si trovano e su cui agiscono, e diventare capaci di integrarli nelle loro risposte alle situazioni e ai contesti.

Livelli del situarsi

Diventa a questo punto essenziale distinguere i diversi livelli rispetto a cui possiamo situarci. Ciò non significa che concepiamo la realtà come ontologicamente ordinata secondo un certo numero di livelli, ma piuttosto che ci è utile distinguerli per meglio operare. I livelli sono un prodotto della nostra attività conoscitiva, e sono quindi livelli metodologici, più che ontologici (Eco, 1968). Ciascun livello è concepibile sia come insieme concreto di persone ed eventualmente istituzioni, sia in termini 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, 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 prevederne 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 i suoi antichi pattern possano essere attivati dalla situazione terapeutica, e rendersene consapevole. Questo lavoro ha ovvie somiglianze tanto con l'analisi del controtransfert (Searles, 1979), 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 il sistemi sovraindividuali (coppie o famiglie):

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 poi 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 attiva posizioni, oppure addirittura personalità diverse (ho tante personalità quante persone incontro, come affermava Sullivan, 1950), a seconda del momento relazionale vissuto. Allo stesso tempo, siamo in grado di vivere diverse posizioni, purché ci sia un nucleo di coesione interiore che le riconosce tutte e dà unitarietà. È quest'istanza a consentire da un lato il posizionamento emotivo, dall'altro la consapevolezza di dove si è situati.

La persona che ha problemi di questo tipo può essere allora vista come inconsapevole della propria molteplicità interiore e pertanto incapace di organizzarla. In questi casi, è possibile che si blocchi 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 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 per 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 prima di tutto situare 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 in quello terapeutico. 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)

Dopo i due mesi richiesti, Silvia e Giuseppe tornano in seduta, apparentemente riconciliati. Giuseppe ha abbandonato le velleità borsistiche, riprendendo l’antica attività di formatore. Con grande sollievo della moglie, ha anche trovato uno spazio, offerto da alcuni colleghi, per preparare i gruppi formativi, così da non lavorare più a casa. Alle sedute successive, però, la sensazione è che di nuovo tutto si immobilizzi. Giuseppe ricomincia a posporre *sine die* l’inizio effettivo delle sue attività, come se, ancora una volta, fosse sempre sul punto di iniziare un lavoro che non parte mai. Silvia, ancora una volta, è frustrata.

Noi ci risentiamo in *impasse*, e glielo esplicitiamo: non solo non succede niente, ma siamo sempre in uno stato di sospensione, in un’immutabile imminenza di eventi annunciati e mai realizzati. Al momento di fissare il nuovo appuntamento, Giuseppe rifiuta una dopo l’altra le date da noi proposte (e accettate da Silvia), spostando l’incontro sempre più avanti.

Sembra che la situazione sia isomorfa: coppia e terapeuti vivono in parallelo lo stesso senso di continuo rinvio, da un lato delle decisioni che cambierebbero la loro vita, dall'altro delle sedute terapeutiche. Ma emergono conseguenze diverse: se Silvia vive la situazione sul versante della tristezza e della depressione e Giuseppe appare indecifrabile, i terapeuti portano fuori il versante aggressivo, la rabbia.

Alla fine, è di nuovo il terapeuta uomo a reagire, questa volta con uno scatto: all'ennesimo rinvio prospettato da Giuseppe, replica offrendo seccamente una sola data, specificando che è l'ultima possibile per una terapia degna di questo nome, e manifestando appieno la sua irritazione. L'implicito è per lui sentirsi ingannato, proprio perché Giuseppe rifiuta di definire un tempo. Entrambi sentiamo che il paziente non vuole situarsi: ma nella sua sospensione c'è comunque una presa di posizione, quella di stare sospeso, senza dire né sì né no.

Di fronte all'offerta e alle sue modalità, Giuseppe mostra rabbia a sua volta, e se ne va, annunciando brusco e corrucciato che per lui la terapia è finita. Stefania accetta invece un nuovo appuntamento. Alla seduta successiva, in cui si presenta ovviamente da sola, scopriamo che, se Giuseppe ha rifiutato di situarsi, Silvia si è situata eccome, e ha deciso per la separazione. A seguito della quale, riferisce di sentirsi molto meglio, sensazione, a suo dire, condivisa da Giuseppe medesimo. Silvia proseguirà poi la terapia, da sola, per mantenere un riferimento nel corso del processo di separazione.

Ora ci è più agevole analizzare il lavoro fatto sui diversi livelli del situarsi nel corso di questa terapia. È interessante che, se i livelli 1 e 2 sono stati ampiamente trattati con entrambi, il 3 e il 4 sono stati affrontabili solo con Silvia, nelle sedute successive all'abbandono della terapia da parte del marito:

Livello 1: abbiamo lavorato su quanto le premesse ideologiche della coppia abbiano condizionato il loro modo di stare nella relazione: l'ideologia cattolica progressista, l'idea di famiglia caratterizzata da accoglienza e fiducia nel partner, l'idea sviluppare le potenzialità del partner. Soprattutto, l'idea (di Silvia) che dando acqua ogni giorno il fiore sarebbe sbocciato.

Livello 2: ci siamo interessati delle famiglie d'origine, ma anche del gruppo di lavoro, con le colleghe di Silvia che, da posizione esterna, mettevano in evidenza il loro modo di stare insieme, mostrando a una Silvia riluttante gli squilibri del matrimonio.

Livello 3: ci siamo centrati soprattutto sui “devo” di Silvia relativi al ruolo di moglie, ma anche a quello di madre; e anche sul ruolo di figlia della sua famiglia,³ che riverbera anche sulle paure che ha nell'iniziare una nuova relazione con un uomo molto diverso da Giuseppe.

Livello 4: è stato importante indagare sul sentimento salvifico che Silvia ha di se stessa, come se le spettasse sempre di aiutare l'altro. Quella che potremo definire una sindrome da crocerossina, o da mentore.

Nel momento in cui Silvia si è situata, anche Giuseppe è cambiato. Il lavoro di Silvia in terapia l'aiuta a capire dove sta, come sta e con chi sta, quindi a calibrare le aspettative verso l'ex marito, con il quale la relazione sembra diventata - passando attraverso mille dubbi - civile quanto distante. Come dire: se faccio la pace con quello che ho, le mie aspettative diventeranno più realistiche. Se le persone sono consapevoli delle proprie potenzialità e possibilità, sarà più facile che a un certo punto riescano a usarle.

Conseguenze del situarsi

Le terapie sistemiche delle origini avevano adottato una (necessaria) semplificazione: concentrarsi su un unico piano, quello dell'esteriorità e delle relazioni osservabili. Più tardi era stato preso in considerazione anche il piano interiore, ma in forma quasi puramente cognitiva (Bertrando, 2014b). Oggi, però, ci sembra che teoria e pratica sistemica siano in grado di accettare un diverso livello di complessità.

La nostra idea 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

³ La valutazione della famiglia d'origine, approfondita soprattutto nel segmento individuale della terapia, ha mostrato un modo tutto doveristico di essere figlia, fondato su una costante assunzione di responsabilità.

(interiormente) rispetto a qualcuno con cui entriamo in contatto fuori (relazionalmente), in modo sia attuale sia fantasticato. Le reti di significati sono estese sia nello spazio (famiglia, sistemi sociali, relazioni varie) sia nel tempo (la famiglia d'origine, le relazioni passate, la storia personale in generale). Anche il tempo entra in gioco, perché 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 un genere di coscienza analogo. Nel lavoro sul situarsi, il terapeuta non deve cadere in facili dicotomie, come "l'emotivo è dentro, il relazionale è fuori"; si tratta di due dimensioni diverse: emozioni e relazioni operano simultaneamente dentro e fuori di 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 sappiamo dove stiamo e come ci stiamo, la nostra risposta sarà propriamente dialogica, comprendente i diversi piani delle relazioni in cui viviamo, 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, di volta in volta, prendendo in considerazione i diversi livelli di interazione. Possiamo situarci rispetto ai pazienti, rispetto al sistema terapeutico complessivo, ma anche rispetto a variabili riferite al macro-contesto, 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 potrà sviluppare una visione tridimensionale della propria vita.

Bibliografia

- Anderson, H., Goolishian, H., Winderman, L. (1986) *Problem determined systems: Towards transformation in family therapy*, *Journal of Strategic and Systemic Therapy*, 5: 1-14.
- Anderson, H., Goolishian, H. (1988) Human systems as linguistic systems: Evolving ideas for the implications in theory and practice. *Family Process*, 27: 371-393.
- Andolfi, M. (1977) *Terapia con la famiglia*. Roma: Astrolabio.
- Bauman, Z. (2000) *Liquid Modernity*. Cambridge, Polity Press.
- Bertrando, P. (2000) Text and context. Narrative, postmodernism, and cybernetics. *Journal of Family Therapy*, 22(1): 83-103.
- Bertrando P. (2006) La collocazione del terapeuta. Un riesame critico degli scritti di Gianfranco Cecchin. *Connessioni*, 16: 99-113.
- Bertrando, P. (2014a) *Il terapeuta dialogico*. Torino, Antigone Edizioni.
- Bertrando, P. (2014b) *Il terapeuta e le emozioni. Un modello sistemico-dialogico*. London, Karnac Books.
- 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.
- Cecchin, G. (1987) Hypothesizing-circularity-neutrality revisited: An invitation to curiosity, *Family Process*, 26:405-413.
- Cecchin, G., Lane G., Ray, W.L. (1993) *Irriverenza. Una strategia per la sopravvivenza del terapeuta*. Franco Angeli, Milano.
- Cecchin, G., Lane G., Ray, W.L. (1997) *Verità e pregiudizi*, Milano, Raffaello Cortina.
- Davies, B., & Harré, R. (1990). Positioning: the discursive production of selves. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 20: 43–63.
- 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.
- 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.
- 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.
- Harré, R., & Van Langenhove, L. (Eds.) (1999) *Positioning Theory*. Oxford: Blackwell.
- Harré, R., & Moghaddan, F. (Eds.) (2003) *The Self and Others. Positioning Individuals and Groups in Personal, Political, and Cultural Contexts*. London: Praeger.
- 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.
- 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. di Anita Rho, *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.
- Planalp, S. (1999) *Communicating Emotion: Social, Moral, and Cultural Processes*. Cambridge, Cambridge University Press.

- Reich, W. (1933) *Charakteranalyse* (trad. it. *Analisi del carattere*. Milano, SugarCo, 1973).
- Searles, H.F. (1979) *Countertransference and Related Subjects*. International Universities Press, New York (trad. it. *Il controtrasfert*. Bollati Boringhieri, Torino, 1994).
- 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.
- 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.
- Sullivan, H. S. (1950) The illusion of personal individuality. In: Sullivan, H. S., *The Fusion of Psychiatry and Social Science*, a cura di H.S. Perry. Norton, New York, 1971, pp. 198-226.
- Tomm, K. (1987) Interventive Interviewing: I. Strategizing as a Fourth Guideline for the Therapist, *Family Process*, 26:3-13.
- Wynne, L. C. (1984) The epigenesis of relational systems: A model for understanding family development. *Family Process*, 23: 297-318.
- Watzlawick, P., Jackson, D.D, Beavin, J. (1967) *Pragmatics of Human Communication*. New York, Norton, trad. it. *Pragmatica della comunicazione umana*. Roma, Astrolabio, 1971.