

# S.I.P.R. News

Bollettino semestrale della Società Italiana di Psicoterapia Relazionale

Anno 1, n° 1, giugno 1993

## PERCHE' UN BOLLETTINO?

di Dario Capone

La S.I.P.R. è nata come Associazione nel 1986, fondata da C. Bogliolo e da A. M. Bacherini.

Essa ha avuto negli anni un progressivo sviluppo sia nel numero dei soci sia nelle attività svolte (ricerca, didattica, aggiornamento attraverso convegni e seminari riguardanti argomenti di interesse sia clinico che epistemologico).

La crescita dell'Associazione che ha imposto nuove esigenze organizzative e la decisione di Bogliolo di lasciare la presidenza, hanno comportato, nel 1992, modifiche nella organizzazione della Società. In tal senso è stato avviato il trasferimento della sede da Firenze a Lucca con l'inevitabile rifondazione dell'Associazione e il rinnovo delle cariche. Bogliolo continua a mantenere la sua presenza e impegno all'interno della Società in qualità di Presidente Onorario.

La S.I.P.R. ha presentato fin dalle origini alcune caratteristiche peculiari. Una di queste, a nostro avviso molto importante, è rappresentata dal fatto che la maggior parte dei Soci lavorano nel Servizio Pubblico. Ciò ha avuto conseguenze sia teoriche che cliniche: in particolare l'attenzione alle problematiche dei Servizi Pubblici in cui l'operatore si confronta spesso con una domanda dove la motivazione non sempre è chiaramente espressa. Da qui la particolare enfasi data all'accoglienza e ai primi momenti della terapia. Si rendeva così inevitabile costruire col paziente e/o la sua famiglia un rapporto che permettesse nel tempo opportunità di cambiamento. Ciò appare più importante quanto più i sistemi con cui veniamo in contatto sono rigidi; ci riferiamo in particolare alle tematiche che i pazienti con psicosi croniche

## IN QUESTO NUMERO:

Perché un bollettino?

Statuto della società

Regolamento

Organigramma

Psicoterapia Familiare: Quando?

Recensione convegni

In Libreria

presentano ai Servizi. E' da queste considerazioni che per brevità abbiamo sintetizzate, che è scaturito l'approccio consensiente.

E' nostra intenzione continuare a sviluppare le caratteristiche culturali che hanno contraddistinto l'Associazione fin dalla sua costituzione.

E' noto che all'interno della S.I.P.R. ci sono soci che appartengono a realtà geografiche anche lontane tra loro. Ciò se da un lato arricchisce l'Associazione, dall'altro pone la necessità di un maggiore confronto organizzativo oltre che culturale che non sia costituito solo dai tre momenti seminariali annui. Il Direttivo della S.I.P.R. ha già avviato a tale proposito una riflessione e speriamo che nel 1994 ciò possa concretizzarsi in proposte operative che permettano un maggiore interscambio.

Il Bollettino, di cui questo è il n. 1, nasce come primo tentativo di mettere a disposizione dei soci uno strumento di confronto, di costituire il tessuto connettivo dell'Associazione.

Abbiamo pensato di inserire nel primo numero estratti dello Statuto e del Regolamento, ciò per favorire una maggiore informazione e partecipazione tra i soci.

Quest'anno si sono già tenuti due seminari, uno a Lucca e uno a Firenze, ambedue condotti da Bogliolo su argomenti di interesse clinico. Un terzo seminario, di interesse epistemologico, ma con immediati riflessi clinici, si terrà a Pisa il 30 Ottobre del 1993; dal titolo "Mente, soggetto, contesto", sarà tenuto dal Prof. Sergio Moravia.

Il Bollettino avrà una periodicità semestrale e le seguenti caratteristiche:

1) pubblicazione di un articolo "nuovo" (nel senso di non ancora pubblicato) o "vecchio" (nel senso di già pubblicato e conosciuto) che apra una discussione, un dibattito a più voci di cui il Bollettino dovrebbe rappresentare lo strumento.

Auspichiamo in tal senso commenti scritti da parte dei soci che prevediamo di pubblicare nei numeri successivi.

Questo numero presenta il seminario che il dr. Bogliolo ha tenuto a Lucca nel febbraio 1993.

2) una seconda parte del Bollettino riguarderà le informazioni per i Soci su aspetti e attività interne e esterne all'Associazione.

3) una terza parte sarà dedicata a Convegni e iniziative sia della S.I.P.R. che collaterali.

4) infine una quarta parte riguarderà recensioni e segnalazioni di libri di interesse familiare.

# S.I.P.R. News

Bollettino semestrale della Società Italiana di Psicoterapia Relazionale

Anno 1, n° 1, giugno 1993

## PERCHE' UN BOLLETTINO?

di Dario Capone

La S.I.P.R. è nata come Associazione nel 1986, fondata da C. Bogliolo e da A. M. Bacherini.

Essa ha avuto negli anni un progressivo sviluppo sia nel numero dei soci sia nelle attività svolte (ricerca, didattica, aggiornamento attraverso convegni e seminari riguardanti argomenti di interesse sia clinico che epistemologico).

La crescita dell'Associazione che ha imposto nuove esigenze organizzative e la decisione di Bogliolo di lasciare la presidenza, hanno comportato, nel 1992, modifiche nella organizzazione della Società. In tal senso è stato avviato il trasferimento della sede da Firenze a Lucca con l'inevitabile rifondazione dell'Associazione e il rinnovo delle cariche. Bogliolo continua a mantenere la sua presenza e impegno all'interno della Società in qualità di Presidente Onorario.

La S.I.P.R. ha presentato fin dalle origini alcune caratteristiche peculiari. Una di queste, a nostro avviso molto importante, è rappresentata dal fatto che la maggior parte dei Soci lavorano nel Servizio Pubblico. Ciò ha avuto conseguenze sia teoriche che cliniche: in particolare l'attenzione alle problematiche dei Servizi Pubblici in cui l'operatore si confronta spesso con una domanda dove la motivazione non sempre è chiaramente espressa. Da qui la particolare enfasi data all'accoglienza e ai primi momenti della terapia. Si rendeva così inevitabile costruire col paziente e/o la sua famiglia un rapporto che permettesse nel tempo opportunità di cambiamento. Ciò appare più importante quanto più i sistemi con cui veniamo in contatto sono rigidi; ci riferiamo in particolare alle tematiche che i pazienti con psicosi croniche

## IN QUESTO NUMERO:

Perché un bollettino?

Statuto della società

Regolamento

Organigramma

Psicoterapia Familiare: Quando?

Recensione convegni

In Libreria

presentano ai Servizi. E' da queste considerazioni che per brevità abbiamo sintetizzate, che è scaturito l'approccio consensiente.

E' nostra intenzione continuare a sviluppare le caratteristiche culturali che hanno contraddistinto l'Associazione fin dalla sua costituzione.

E' noto che all'interno della S.I.P.R. ci sono soci che appartengono a realtà geografiche anche lontane tra loro. Ciò se da un lato arricchisce l'Associazione, dall'altro pone la necessità di un maggiore confronto organizzativo oltre che culturale che non sia costituito solo dai tre momenti seminariali annui. Il Direttivo della S.I.P.R. ha già avviato a tale proposito una riflessione e speriamo che nel 1994 ciò possa concretizzarsi in proposte operative che permettano un maggiore interscambio.

Il Bollettino, di cui questo è il n. 1, nasce come primo tentativo di mettere a disposizione dei soci uno strumento di confronto, di costituire il tessuto connettivo dell'Associazione.

Abbiamo pensato di inserire nel primo numero estratti dello Statuto e del Regolamento, ciò per favorire una maggiore informazione e partecipazione tra i soci.

Quest'anno si sono già tenuti due seminari, uno a Lucca e uno a Firenze, ambedue condotti da Bogliolo su argomenti di interesse clinico. Un terzo seminario, di interesse epistemologico, ma con immediati riflessi clinici, si terrà a Pisa il 30 Ottobre del 1993; dal titolo "Mente, soggetto, contesto", sarà tenuto dal Prof. Sergio Moravia.

Il Bollettino avrà una periodicità semestrale e le seguenti caratteristiche:

1) pubblicazione di un articolo "nuovo" (nel senso di non ancora pubblicato) o "vecchio" (nel senso di già pubblicato e conosciuto) che apra una discussione, un dibattito a più voci di cui il Bollettino dovrebbe rappresentare lo strumento.

Auspichiamo in tal senso commenti scritti da parte dei soci che prevediamo di pubblicare nei numeri successivi.

Questo numero presenta il seminario che il dr. Bogliolo ha tenuto a Lucca nel febbraio 1993.

2) una seconda parte del Bollettino riguarderà le informazioni per i Soci su aspetti e attività interne e esterne all'Associazione.

3) una terza parte sarà dedicata a Convegni e iniziative sia della S.I.P.R. che collaterali.

4) infine una quarta parte riguarderà recensioni e segnalazioni di libri di interesse familiare.

## STATUTO

(estratto)

### Art. 2

La S.I.P.R. è un'associazione che promuove in modo apolitico, aconfessionale e senza fini di lucro, studi e ricerche, iniziative culturali e scientifiche, pubblicazioni sulla materia della psicoterapia relazionale.

### Art. 5

Sono previsti cinque tipi di soci:

- **fondatori**
- **ordinari**
- **candidati**
- **aggregati**
- **onorari**

**I Soci Fondatori** sono B. Benedetti, D. Capone, C. Di Nunzio, A. Fanali, C. Gotta, R. Lorenzini.

Almeno due dei soci fondatori fanno parte di diritto del Consiglio Direttivo.

**I soci ordinari** sono coloro che:

- abbiano effettuato un training di almeno 4 anni presso la S.I.P.R. o scuole riconosciute;
- svolgano da almeno due anni dopo il training attività psicoterapeutica;
- svolgano in maniera continuata attività di ricerca e di studio riconosciute valide da parte della Commissione Scientifica.

**I soci aggregati**, che vengono presentati da almeno due soci ordinari,

sono coloro che:

- hanno completato un training di almeno 4 anni.

**I soci candidati** sono coloro che stanno effettuando un training presso scuole riconosciute dalla S.I.P.R..

**I soci onorari** sono coloro che abbiano fornito contributi di tipo teorico clinico di particolare interesse nel campo della psicoterapia relazionale.

### Art. 6

Sono didatti i soci ordinari che abbiano compiuto esperienze di insegnamento per almeno tre anni dopo la nomina.

E' pregiudiziale che il candidato didatta abbia usufruito della supervisione di un altro didatta chiamato a garantirne le competenze agli organi della S.I.P.R.

### Art. 7

Gli organi della Società sono:

- **L'Assemblea dei Soci**
- **Il Consiglio Direttivo**
- **La Commissione Scientifica**
- **La Commissione Didattica**

**L'Assemblea dei Soci** è costituita da tutti i Soci. E' l'organo deliberante della S.I.P.R.

I Soci Aggregati e Candidati non hanno diritto di voto in materia di

statuto, Regolamento e nell'elezione delle Commissioni didattica e scientifica. L'Assemblea si riunisce in via ordinaria una volta l'anno e in via straordinaria su decisione del Consiglio direttivo o su richiesta di un terzo dei soci.

**Il Consiglio Direttivo** è composto da sette membri e nomina il Presidente, il Vicepresidente e il Segretario. Ne fanno parte di diritto i coordinatori delle due Commissioni. Dura in carica tre anni.

**La Commissione scientifica**, eletta dall'Assemblea, è composta da cinque membri che durano in carica tre anni.

**La Commissione didattica**, eletta dall'Assemblea, è composta da cinque membri che durano in carica tre anni.

### Art. 8

I Soci, fatta eccezione per quelli onorari, sono tenuti al pagamento della quota sociale annuale, pena la decadenza da soci.

### Art. 10

Lo Statuto della S.I.P.R. è integrato da un Regolamento che potrà essere modificato, su proposta del Consiglio Direttivo, dall'Assemblea dei Soci.

## REGOLAMENTO

(ESTRATTO)

### Art. 1

L'Assemblea ratifica la quota annuale proposta dal Direttivo, quota che i soci sono tenuti a versare entro il 15 gennaio di ogni anno.

### Art. 2

La decadenza da socio può avvenire per rinuncia, per inadempienza rispetto allo Statuto o al Regolamento e per morosità.

La decadenza per morosità viene proposta dopo due solleciti di pagamento della quota a distanza di 30 giorni dalla scadenza.

### Art. 6

Le votazioni sono espresse per appello nominale nel Consiglio Direttivo, sono segrete qualora si debba decidere in merito ad uno dei suoi membri.

### Art. 8

Qualora il Presidente sia assente, viene sostituito dal vicepresidente o dal membro più anziano del Consiglio Direttivo.

---

---

**ORGANIGRAMMA DELLA S.I.P.R.****SOCI FONDATORI**

Benedetto Benedetti  
Dario Capone  
Consiglia Di Nunzio  
Annibale Fanali  
Claudia Gotta  
Roberto Lorenzini

**PRESIDENTE ONORARIO**

Corrado Bogliolo

**PRESIDENTE**

Dario Capone

**VICEPRESIDENTE**

Annibale Fanali

**SEGRETARIO**

Roberto Lorenzini

**CONSIGLIO DIRETTIVO**

Dario Capone  
Annibale Fanali  
Roberto Lorenzini  
Annamaria Bacherini

Consiglia Di Nunzio  
Fabio Mondaini  
Laura Stacchini

**COMMISSIONE DIDATTICA**

(Coord. Annamaria Bacherini)

Giovanna Di Marco  
Consiglia Di Nunzio  
Rossella Paolicchi

Alina Navazio  
Margherita Bonifazi

**COMMISSIONE SCIENTIFICA**

(Coord. Annibale Fanali)

Roberto Lorenzini  
Claudia Gotta  
Patrizia Mannari

Beatrice Benelli  
Laura Bubola

**SIPR NEWS**

Resp. Benedetto Benedetti

CORRADO BOGLIOLO

## PSICOTERAPIA DELLA FAMIGLIA: QUANDO?

## Parte prima: La psicoterapia

Sappiamo tutti che sotto il termine "psicoterapia" figurano modalità di lavoro che fanno riferimento ad indirizzi teorici diversi, così abbiamo, ad esempio, psicoterapie ad orientamento analitico, cognitivo, comportamentale, rogersiana, gheistaltica, relazionale sistemica etc.

Potrei definire psicoterapia ogni tipo di attività che tende a produrre un cambiamento nello stato psicologico, affettivo, emozionale di una persona (o di più persone) in difficoltà, attraverso l'uso di strumenti non biologici. Si è indicata ad esempio la psicoterapia come una "cura con le parole" o "cura con il rapporto". E' più facile dire cosa non è: non è farmacoterapia, non è terapia di shock, non è terapia d'ambiente o socioterapia e così via.

Tradizionalmente la psicoterapia viene intesa come un rapporto a due, tra curante e curato; questo intervento può anche essere effettuato da più di un terapeuta e su gruppi di persone.

La psicoterapia convenzionalmente viene intesa come una situazione interpersonale "strutturata" in un certo modo. Tutto viene organizzato in un "setting" che appare essere la condizione fondamentale perché essa possa essere effettuata nel modo corretto: dall'ambiente agli accordi tra terapeuta e paziente. Ogni psicoterapia viene attuata rifacendosi ad un corpus dottrinale, ovverossia viene condotta seguendo certi modelli teorici, ritenendo che questi siano capaci di indurre la soluzione dei problemi.

Inoltre la tendenza costante è all'autoriferimento, ossia ognuno opera rigidamente all'interno di una determinata prospettiva di scuola. Gli orientamenti dottrinali sono moltissimi: ne sono stati individuati circa 250 nel mondo occidentale.

A questi dati descrittivi si aggiunge una serie di quesiti:

1] la psicoterapia è efficace? Sembra

che ci sia una modesta differenza degli esiti per soggetti trattati o no, oppure trattati con placebo o pseudoterapie.

2] Quali tipi di psicoterapia sono da preferire, rispetto al paziente in causa? Ci sono posizioni, controverse, le risposte sono di solito a vantaggio della dottrina dell'autore della ricerca. Molte ricerche hanno messo in evidenza come il buon esito di un trattamento è scarsamente correlato con l'opzione teorico-tecnica che presiede al trattamento stesso. (Luborsky, Singer, Duborsky, 1975, Stiles, Shapiro, Elliot, 1986). Un rapporto del 1978 della Commissione per la Salute Mentale degli Stati Uniti, a proposito della schizofrenia, dice che "...la terapia della Schizofrenia attraverso vari tipi di psicoterapia è tuttora di efficacia non stabilita, sebbene in combinazione con gli psicofarmaci essa possa facilitare la guarigione e l'adattamento sociale...".

3] Ci si domanda inoltre se la psicoterapia è dannosa, concludendo che "può anche esserlo". Altre volte quale sia il rapporto costi/benefici: probabilmente l'affrontare i problemi psicologici delle persone, alleggerirebbe notevolmente le spese dei servizi sanitari. Non sembra che non ci siano rapporti precisi tra durata della terapia e risultati, e altrettanto tra l'anzianità dello psicoterapeuta e i risultati stessi. Infine esistono dei dubbi anche intorno alla stabilità dei risultati ottenuti dopo una psicoterapia.

Questa è una visione che può apparire deprimente, ma in realtà si deve accettare l'incertezza, il dubbio, la indefinitezza dei dati, invece di cadere in monoculture o in atteggiamenti fideistici, rassicuratori solo per il terapeuta.

Si deve ben distinguere tra un rapporto di aiuto generico e il ricorso a competenze speciali, personali e culturali, per risolvere situazioni di sofferenza.

Dunque anche la consapevolezza della esistenza di un arcipelago di psicoterapie, rappresentato dalla incredibile frammentazione in scuole e in "scuole nelle scuole", non deve portare ad atteggiamenti distruttivi, ma semmai critici e immediatamente costruttivi.

Esiste inoltre, ad una analisi più attenta, il riscontro di significati comuni tra approcci apparentemente

lontani, il che semmai apre e stimola la ricerca verso la possibile integrazione fra prospettive differenti, e sulla eventuale presenza di fattori generali condivisibili nelle diverse forme di psicoterapia.

Riprendo da un recente lavoro di M. Ardizzone (1991) una curiosa comparazione tra l'evoluzione dei principi informatori della psicoanalisi e della psicologia relazionale. Per la psicoanalisi: tempo 1: La psicoterapia psicoanalitica consiste nell'elaborare il mondo pulsionale del soggetto da parte del soggetto stesso col concorso dell'analista; tempo 2: La psicoterapia psicoanalitica consiste nell'elaborare il mondo pulsionale del soggetto alla luce della comprensione sia del transfert che del contro-transfert; tempo 3: La psicoterapia psicoanalitica consiste nell'elaborare il mondo relazionale del soggetto a partire dal qui ed ora della relazione analitica.

Per la relazionale: tempo 1: La psicoterapia sistemica consiste nell'intervento del terapeuta sulla reale struttura di relazioni sopra ordinata rispetto ai soggetti che ne fanno parte; tempo 2: La psicoterapia sistemica consiste nella interazione partecipe del terapeuta col sistema (= struttura di relazioni), e con ciascuno dei suoi elementi; tempo 3: La psicoterapia sistemica consiste nella costruzione condivisa da parte del terapeuta e del sistema, di significati e di feed back evolutivi che sollecitino livelli di sviluppo più maturi del sistema medesimo.

In ambedue le definizioni si passa attraverso "passaggi" da una posizione distaccata e oggettivante (1), ad una in cui la figura del terapeuta è contigua e partecipe alla relazione (2), ad una terza in cui si restituisce ad esso la ricchezza e la forza del rapporto.

Nell'approccio sistemico il terapeuta passa da una pretesa "osservazione di tutto il sistema", alla relazione anche coi singoli componenti, fino a cogliere una dimensione evolutiva, matrice di nuovi significati per lui e per il gruppo famiglia. E' una dimensione diacronica, ristoricizzante, che vede nello stesso tempo un approdo di un cammino opposto, fatto dalla psicoanalisi, dove invece si tende a recuperare il qui ed ora della relazione

e della sua incidenza sull'assetto psicologico della persona.

Vicini e differenti: in questi termini, certamente approssimativi, due discipline considerate lontane possono trovare punti di convergenza significativi avviando un'intersezione tra epistemologie che potrebbe essere l'indicatore di una futura "psicoterapia integrata".

Sebbene sussistano tante incertezze sia nella efficacia, sia nei modelli, in realtà sappiamo bene come la psicoanalisi di S. Freud rappresenti la prima pratica scientifica della psicoterapia. Presentandosi come una teoria in grado di spiegare le fasi dello sviluppo emotivo e l'intreccio di queste fasi con quelle proprie dell'evoluzione intellettuale, la psicoanalisi è riuscita a stabilire connessioni decisive tra il disturbo mentale, la storia dell'uomo, e la possibilità di guarirlo. Sottolineo come queste considerazioni appartengano a G. Bateson (*Verso una ecologia della Mente*, 1976).

E in fondo proprio da Freud possiamo trarre l'insegnamento secondo cui l'organizzazione psicologica e il sintomo sono sempre l'espressione di un equilibrio tra le esigenze contrastanti dell'individuo rispetto al proprio gruppo sociale.

Molti studiosi si sono impegnati nel ricercare quali siano le particolari condizioni che consentono di mantenere questo equilibrio, anche a prezzo di una sofferenza.

Il gioco per la ricerca di equilibri fittizi verrà assunto come uno dei primi capisaldi della teoria relazionale, dove il paziente designato diverrà il testimone, la reificazione della disfunzione non tra lui e gli altri, ma dell'insieme come sistema.

### **Parte seconda: Psicoterapia o intervento relazionale ?**

Dalle prime formulazioni omeostatiche (D. D. Jackson) alle ultime, quelle evolutive, mitico-plurigenerazionali, il sistema diacronico familiare diviene una organizzazione umana che non riesce a dispiegarsi nel tempo, a mutare. I singoli, al suo interno, hanno una voce importante, in quanto appartenenti al loro sistema interno e a quello familiare. Il terapeuta dovrà

trovare la capacità di confrontare se stesso con questa forma complessa, articolata, la cui storia si perde nel passato, ma del quale reca oggi le tracce.

Nello specifico della psicoterapia relazionale si tratta di intervenire sulle relazioni intrafamiliari ritenendo che queste siano connesse e interdipendenti col mondo del paziente.

Il trattamento familiare in generale può essere riferito però all'impiego sia di metodi psicoterapici che di tecniche tese ad aiutare i pazienti insieme alla famiglia, o meglio "con l'aiuto della famiglia". In questo secondo caso si tratta di agire su un gruppo (la famiglia) cercando di comprenderne i significati delle relazioni, i ruoli assunti, le regole. E ancora i modelli comportamentali che in qualche modo si riflettono sul paziente.

Ci sono molte possibilità di operare tenendo conto della rete relazionale, utilizzando particolari tecniche tese a coinvolgere un intero gruppo o una parte di esso, nell'interesse del soggetto ammalato. Non ci sono dubbi che certe situazioni propongono di "lavorare con la famiglia" senza attuare una vera e propria psicoterapia.

Sono i casi in cui non ci sono le condizioni o non è il caso di attivare un processo terapeutico, ma si possono fare altre cose altrettanto importanti.

### *Quando non fare la psicoterapia familiare*

A) Un primo gruppo di situazioni in cui la psicoterapia relazionale non è attuabile si ha quando le circostanze operative impongono altri tipi di intervento:

1) Quando, specie a livello di Servizi Pubblici, esistono delle grosse difficoltà di gestione in un gruppo familiare con un congiunto fortemente disturbato. Si tratta di quella alta percentuale di casi che passano dai Servizi di Diagnosi e Cura e vengono presi in carico dal D.S.M. Interventi psicoterapeutici non possono essere attuati con famiglie che in quel momento non hanno i requisiti per affrontare la psicoterapia, anche se questa viene richiesta dalla famiglia stessa o dal curante. Ad esempio quando un paziente con gravi disturbi,

rifiuti ogni approccio, o sia talmente compromesso da non poter minimamente partecipare al processo terapeutico. Specie quando si tratta di casi con alto rischio o di alti livelli di sofferenza, la situazione deve per forza essere affrontata con altri strumenti da parte della équipe multidisciplinare. Questo valga per casi di scompenso psicotico, per casi di grave depressione o eccitamento maniacale, o di anoressia mentale con rischio di scompenso metabolico. E' impensabile poi che "tutti" i casi (e dovremmo poi pensare in modo autoreferenziale che questa sia la "vera" indicazione) vengano inviati in psicoterapia relazionale. Si tratta di attuare invece altri interventi, come ad esempio utilizzare i noti programmi di tipo psicoeducativo (J. Leff) messi in atto per famiglie con pazienti schizofrenici. Il lavoro sulle "expressed emotions" sembra dare risultati di notevole interesse, a sostegno dei programmi personalizzati messi in atto dalla équipe curante per il paziente.

2) In altri casi può essere utile coinvolgere una famiglia solo nelle fasi finali di un trattamento individuale, quando il paziente deve saggiare e ritrovare le proprie capacità di interagire in modo adeguato col proprio mondo sociale: in pratica un passaggio pilotato da una relazione terapeutica duale o grupale a quella reale intrafamiliare. Non si tratta di effettuare una psicoterapia, visto che è già stata fatta, ma solo un sostegno al gruppo per riprendere la vita in comune.

3) Infine diviene impossibile fare psicoterapia familiare quando il livello di disintegrazione della famiglia sia talmente avanzato da non poter immaginare una cooperazione nel lavoro terapeutico. Ad esempio nei comportamenti delinquenti in famiglie ad alto grado di problematicità. Queste situazioni, con contenuti prevalentemente sociali, sono quelle che mettono a dura prova tutti i Servizi: per esse si può prevedere un lavoro integrato socio-sanitario, ma non possiamo illuderci sui risultati di una psicoterapia che pur si protragga nel tempo.

B) Un secondo gruppo di situazioni invece propone interventi sistemici che possono essere attuati

vantaggiosamente in vari settori dell'assistenza sanitaria e sociale utilizzando le competenze in materia.

1) Ad esempio quando il paziente per il quale si chiede terapia familiare sia affetto da sofferenze di tipo organico (danni cerebrali in giovane o in tarda età). Ad esempio la sofferenza familiare per un bambino con grave handicap richiede senz'altro una lettura interpersonale del sintomo, del significato delle reazioni a catena, degli aggiustamenti e delle ripercussioni che il "caso" ha determinato nei genitori. La famiglia si è strutturata intorno a questa situazione, e spesso in modo palesemente disfunzionale, per "sopportare" questa realtà. L'iperprotezionismo della madre (che è di solito incoraggiato e criticato nello stesso tempo dal padre) può malcelare il "non voler far crescere" l'handicappato. Se cresce i genitori dovranno sopportare una realtà sempre più gravosa.

Ma è ingenuo comportarsi come se questo paziente "facesse" il sintomo "nella" relazione. In questo caso la competenza relazionale di uno psicologo, o di un medico, può aiutare questa famiglia, evitando una psicoterapia, che potrebbe più facilmente indurre una colpevolizzazione dei genitori. Dunque un sostegno sistemico alla coppia è indicato, mentre la psicoterapia familiare, dovrebbe essere riservata solo ai casi in cui è in atto una vera disfunzione rigidamente strutturata.

2) Interventi sistemici di grande rilevanza possono essere effettuati nel Servizio Sociale. Vorrei dilungarmi su questo punto perché credo di aver affermato in moltissime occasioni, che il Servizio Sociale, da sempre, e quindi prima della sistemica, ha operato in modo relazionale. Solo che non lo sapeva. La professionalità dell'Assistente Sociale si realizza essenzialmente nei rapporti coi gruppi, specie familiari, raramente coi singoli: il suo lavoro è costantemente lavoro sulle relazioni. E questo specie quando il bisogno di aiuto riguarda i soggetti più indifesi dal punto di vista economico e culturale.

L' A.S. incontra normalmente "situazioni", raramente individui. Normalmente coglie come esistano "più voci" intorno ad un problema; e

anche che molto spesso la persona interessata, per la quale si chiede un provvedimento sociale, ha quasi sempre una precisa funzione nella sua famiglia o gruppo di appartenenza. Allora l'intervento, la decisione richiesti riguardano tutto il gruppo, i suoi equilibri interni. Abbiamo esempi infiniti sulle decisioni a proposito degli anziani e relativi meccanismi intrafamiliari.

Ho sempre apprezzato (conducendo Corsi di Aggiornamento per Assistenti Sociali), la capacità di questi operatori di inserirsi rapidamente nel discorso sistemico: come se dicessero: "l'ho sempre fatto, e ora qualcuno me ne sta dando la conferma".

Ma questo lavoro, insostituibile, non è psicoterapia.

3) Nel caso della medicina l'analisi della relazione medico-paziente può essere il punto di partenza di un intervento corretto su molti disturbi, cosiddetti "funzionali". La gestione della relazione interpersonale può essere decisiva, anche se associata ad altre misure terapeutiche destinate a molte patologie. In particolare in quelle cosiddette "psicosomatiche" come ad esempio l'asma, la colite spastica, ma anche in quelle francamente organiche, come l'infarto miocardico. In ogni caso resta sempre centrale il rapporto con la persona o la sua famiglia. Ma non è psicoterapia.

4) Ci sono altre numerose occasioni, come il lavoro dell'infermiere coi pazienti in corsia, dell'educatore professionale, quando deve intervenire in un progetto riabilitativo, e di molti altri. Un lavoro che coinvolge l'attività psichica propria e di coloro cui si rivolge.

Si tratta di interventi sui singoli o sulle famiglie, che, fatti in chiave sistemica, è di grande utilità. Ma non è psicoterapia.

#### *Quando fare psicoterapia familiare*

Ho detto all'inizio che definire la psicoterapia consisteva nel dire "che cosa non è". Ora dovrei affermare che si può fare psicoterapia familiare quando non ci sono le limitazioni che sopra citavo.

La psicoterapia familiare in effetti prevede che si realizzi un setting: la famiglia al completo, una relativa

motivazione, una condizione secondo cui sia possibile rimanere insieme per un'ora in una stanza ripresi da una telecamera e osservati attraverso uno specchio unidirezionale. A questo si aggiunga la presenza di risorse psichiche da parte del paziente per partecipare; come dicevo prima, si può lavorare con una famiglia con un membro psicotico, ma diventa impossibile quando i sintomi siano troppo gravi.

Questi condizionamenti ci riportano al vecchio problema secondo cui certi trattamenti sono in qualche modo "privilegiati", ristretti a categorie di persone che "hanno i requisiti", mentre gli altri non vi hanno accesso. Direi che questa critica non è del tutto valida.

1) Anzitutto la psicoterapia familiare (ad orientamento sistemico) è una delle psicoterapie, non l'unica. In attesa di una integrazione dobbiamo ammettere che il suo impiego resta fortemente connesso alle scelte dottrinali dei terapeuti. In questo senso essa deve essere adottata alla pari di altri interventi. Le "selezioni" della relazionale sono semmai assai meno rigide rispetto alle altre.

2) In secondo luogo le situazioni di esclusione che citavo non sono da vedere come casi abbandonati a se stessi, ma stati di sofferenza che debbono essere affidati ad altri esperti (sistemici o non) che possono offrire sostegni altrettanto validi. In questo senso ritengo che chiunque faccia psicoterapia relazionale, specie se nel privato, debba assumersi la responsabilità di una attenta valutazione del caso prima di iniziare il trattamento, e abbia la serietà professionale di chiedere il parere o il sostegno, o passare addirittura ad altri esperti i casi troppo gravi e a rischio.

#### *Tre esempi*

1) Una famiglia è stata inviata in psicoterapia relazionale con una figlia di 14 anni, Milvia, portatrice di un grave disordine alimentare. L'anoressia mentale, come diagnosi ufficiale, l'ha condotta a pesare 33 kg. per 1.65 m. di statura. Un piccolo scheletro è entrato nella stanza della terapia, ponendosi dietro la madre, in piedi. La madre è una donna piuttosto formosa, rimprovera la figlia per il suo

comportamento, la invita inutilmente a sedersi. Il padre si siede in posizione arretrata, guarda la figlia in modo attonito, a volte con gesti di disarmata rabbia. Poi si volge alla finestra e guarda fuori.

2) Un'altra famiglia giunge con un figlio di 19 anni, Pietro, che si trova seduto tra i due genitori. Pietro è rigido, sospettoso, guarda con timore la telecamera. La madre invia immediati segnali al terapeuta di "prudenza" nel rivolgersi al figlio; invita questo a stare composto, a soffiarsi il naso, a parlar bene... poi dice "siamo venuti perchè stiamo male... non si riesce a comunicare... si sta sempre a letto e non si fa che fumare...". Il padre ha appena posato il giornale sulle gambe. Pietro si rivolge a lui furiosamente "e tu cos'hai da ridere? Mostro!"

Sono due casi gravi, che i relazionali più esperti avranno già colto nelle loro espressioni strutturali e comunicative iniziali: figli gravemente sintomatici, pesantemente invischiati col sistema genitoriale. Madri ipercoinvolte, dominanti, prodighe di messaggi ambigui. Padri periferici, passivi.

In situazioni come queste non si dovrà escludere l'intervento integrato coi Servizi; ad esempio per un eventuale ricovero di Milvia, o per una terapia farmacologica di Pietro.

I tempi della psicoterapia familiare possono essere tutt'altro che brevi, ma non si può rischiare la vita o la sofferenza di un paziente in nome della ortodossia teorica. Sono famiglie che potremo anche perdere, perché la loro tendenza morfostatica è fortissima: il terapeuta non potrà giocare interventi precoci, e si troverà in crisi tutte le volte che toccherà in qualche modo le matrici della disfunzione: la trama della famiglia risale indietro verso i miti che ne hanno tessuto l'ordito. Ma quando si toccano i possibili tasti che sono il supporto vitale del gruppo questo può fuggire.

Ci sono molte situazioni di minor gravità, ma in cui la sofferenza è elevata.

3) Eugenia è una ragazza di Pontassieve di 24 anni, studentessa di legge. Viene coi genitori per una grave sintomatologia ossessiva. La madre, attenta e premurosa, parla per lei, la spolvera, le porge il fazzoletto per il

naso, la osserva quasi compiaciuta, mentre Eugenia rigida, spaventatissima, non osa toccare i braccioli della sedia con le mani protette dai guanti. Il padre osserva la figlia scuotendo il capo, poi dice che lui ha fatto di tutto ma ora non ne può più. Il terapeuta dirà alla madre che solo lei può aiutare la figlia anzi (prescrizione del comportamento) dovrà farlo di più. Alla 5° seduta sapremo della vita tumultuosa e dolorosa del padre, sommerso dalle angherie di una madre ossessiva....

Sono piccoli flash rubati dalla stanza della terapia, che mi ricordo. Si tratta allora di affrontare, insieme alla famiglia, o ad una coppia, la cosiddetta presenza di un comportamento sintomatico, o un disturbo della condotta. Il terapeuta deve essere nelle condizioni di condurre il processo terapeutico, ci debbono essere le premesse relative all'invio e ad una certa contrattualità. Ci deve essere la previsione di un percorso.

### *I problemi*

Nella prassi clinica nascono poi problemi a non finire. Cosa fare se un membro (apparentemente marginale) non vuole partecipare? Cosa fare se una coppia di genitori con un figlio disturbato "pretende" di venire da sola? Oppure se lo stesso inviante insiste perché si faccia terapia familiare ai genitori mentre lui cura il figlio? Oppure quando la famiglia diserta le sedute con scuse poco attendibili? Cosa fare quando una coppia separata, senza alcuna intenzione di ricomporsi, chiede la terapia per discutere sulla gestione dei figli? O, infine quando un membro della famiglia riesce a trasmettere "segreti" al terapeuta, o invece tutti sembrano d'accordo e conniventi nel rifiuto di affrontare certi temi?

Chi lavora abitualmente con le famiglie si imbatte molto spesso con queste situazioni "anomale". Esse di per sé non controindicano la terapia, perché il disagio esiste, e può essere forte: i terapeuti dovranno però decidere di volta in volta, valutando se accettare certe condizioni possa essere utile o dannoso alla famiglia stessa. Il pericolo più grosso è quello di accettare le regole del sistema e rimanerne

invischiati per sempre. Occorrerà in questi casi valutare sempre le circostanze in cui la famiglia è giunta in terapia e se esiste un tecnico o un Servizio esterno di riferimento.

Con queste riserve, in questi casi si fa psicoterapia.

## **Parte terza e Conclusione**

### *La formazione*

Operare nel campo dei rapporti di aiuto è opera di grande responsabilità. La scelta di campo o di dottrina, il rischio della autoreferenzialità culturale, il dubbio sulla efficacia del trattamento passano in seconda linea di fronte al fatto che chiunque faccia questo lavoro deve possederne i requisiti.

Dunque la formazione specifica, seria e adeguata, è lo strumento indispensabile per il nostro lavoro. E' sconcertante vedere (e spesso accade) come persone che dispongono di una "infarinatura" sistemica si improvvisino psicoterapeuti relazionali. Spesso per una scarsa capacità autocritica, altre volte per quella grave malattia da cui sono affetti certi operatori del settore "psi": il credere (ignorando la cibernetica di secondo ordine) che il loro compito si esaurisca con l'osservare e non nell'interagire e nel co-costruire.

L'osservare decoinvolto, distante, oggettivante, può pericolosamente concludersi in prescrizioni preconfezionate o altri interventi tanto ingenui quanto inutili. Per molti il fatto dello "specchio" agisce come rinforzo di queste tendenze. Per altri il rapporto privilegiato con una famiglia che loro si affida può divenire una palestra per la gratificazione della propria ipertrofia dell'Io.

Chi lavora nel campo delle psicoterapie apprende molto più dalla propria esperienza interna che non dagli altri. Dalla riflessione su come i comportamenti degli altri si riflettono sulla sua persona e si muovono al suo interno, e come lui entra nella relazione, e non attraverso il semplice studio e la osservazione "naturalistica". Lo stesso Freud aveva sottolineato come il peggiore nemico del terapeuta è costituito dalle reazioni suscitate in lui, senza che egli riesca a rendersene

conto. O meglio dalle sue aspettative nei confronti di un paziente (o di una famiglia) che "a lui" ha chiesto aiuto. In definitiva il pericolo che il suo "stare accanto" al paziente, o alla famiglia, divenga un fattore di aggravamento del disagio degli altri.

In questi termini la formazione diventa una tappa indispensabile. Essa va

intesa come impegno in un training in cui l'esperienza, quale continua necessità di una riflessione sul proprio lavoro e su se stessi, si sovrappone e può essere dominante rispetto all'apprendimento.

La crescita personale non è facile quando si tratta di acquisire la capacità di confrontarsi con la sofferenza, col

dover affiancare il nostro mondo a quello degli altri: si deve imparare a sopportare l'angoscia e anche a gestire le nostre evocazioni, le nostre famiglie d'origine che ancora ci pervadono coi loro miti, le nostre paure. Abbiamo scelto di aiutare il nostro prossimo. Facciamolo nel migliore dei modi.

## COMMENTO

a cura di D. Capone e A. Fanali

Il tema trattato nella relazione di Bogliolo attiene a una questione ancora aperta: cos'è la psicoterapia, come distinguerla da altre forme di intervento. Dare una risposta a queste domande è un compito indubbiamente non facile.

La psicoterapia è una forma di terapia che all'interno di una interazione significativa, usa, per raggiungere i suoi obiettivi, la parola, il linguaggio. Le regole che definiscono questa interazione si basano su un accordo reciproco tra i componenti dell'interazione. Di solito si viene a costituire un accordo implicito in base al quale il paziente e/o la famiglia accetta e riconosce all'altro (il terapeuta) il ruolo di guida del processo interattivo. Ne discende che il tipo di interazione è di tipo dialogico.

Obiettivo della psicoterapia è la modificazione dell'altro o nel caso della psicoterapia familiare la modificazione delle regole che sottintendono le interazioni familiari disfunzionali. Da questo processo di modificazione il terapeuta non è fuori: ogni terapia apporta una modificazione anche nel terapeuta.

Le varie psicoterapie sembrano differenziarsi per i presupposti teorici di riferimento, per il punto di osservazione che questi scelgono, per il modo cioè di organizzare i dati dell'interazione.

Bogliolo indaga i vari contesti, le varie regole che definiscono l'intervento in quanto tale. Nel farlo indaga le differenze tra i vari contesti più che le analogie, più quello che divide che quello che li unisce. Distinguere è d'altra parte un aspetto importante e fondamentale del processo consoci-

tivo.

Ma così come l'abbiamo definita, la psicoterapia può prescindere da un luogo, da uno spazio dove l'intervento si svolge. In realtà ogni forma di psicoterapia ha teso invece a disegnare uno spazio e a riempirlo di oggetti. L'interazione acquisiva significato da questo spazio e da questi strumenti. Anche la psicoterapia relazionale ha fatto questo: ha disegnato uno spazio, la stanza della terapia, e l'ha riempito di strumenti, la telecamera, lo specchio unidirezionale ecc. L'osservazione delle regole, del setting, assume una funzione metodologica importante, quasi determinante.

Ma se la psicoterapia è soprattutto incontro con l'altro o col gruppo famiglia, incontro così come l'abbiamo definito, le sue regole stanno tutte all'interno della relazione terapeutica tra i vari componenti. Il luogo e quelli che abbiamo definito come strumenti, sono collaterali a questi.

Questo discorso ci serve ad introdurre un aspetto, presente nella relazione di Bogliolo, che vogliamo sottolineare in queste brevi note.

Accanto a una psicoterapia fatta all'interno di una stanza e nel rispetto del setting esiste infatti, come afferma Bogliolo, una sorta di psicoterapia più diffusa, fatta all'interno di setting non definiti. Si vengono così a delineare nuove cornici, nuovi contesti in cui si usa la stessa cornice teorica di riferimento.

Un altro modo di approfondire la conoscenza consiste quindi nell'indagare, più che le differenze, le connessioni tra i vari contesti terapeutici in cui si usa lo stesso approccio.

Sarebbe quindi opportuno, a nostro avviso, iniziare una riflessione anche su questi aspetti. Cos'è che unisce la psicoterapia fatta all'interno di una stanza di terapia e quella che avviene in un altro contesto? Come definire i cambiamenti che avvengono in questi diversi contesti?

Il fatto che esistano delle parti in un tutto, non deve spingerci a considerare queste stesse parti come il tutto. Ciò che noi chiamiamo parte o tutto è spesso la conseguenza del nostro modo di vedere il mondo, di punteggiare la realtà.

Vorremmo pertanto concludere questo nostro breve intervento con questa citazione di Leibniz:

"L'intero corpo delle scienze può venir considerato come un oceano, ovunque continuo e senza divisione alcuna, anche se gli uomini si immaginano delle sue parti e, a seconda dei loro interessi, danno a queste parti dei nomi".

Istituto di Psicoterapia Relazionale  
I.P.R.

Viale Carducci, 427-Lucca  
(Direttore: C. Bogliolo)



# Il mondo relazionale dell'adolescente

Villa Bottini- Lucca

Sabato 27 novembre 1993

Relatori:

**MAURIZIO ANDOLFI**  
**LUIGI BALDASCINI**

**ANNAMARIA BACHERINI**  
**CORRADO BOGLIOLO**

Parteciperanno alle tavole rotonde: F. CAPRIOLI, C. DI NUNZIO, R. DOMENICI, Don B. FREDIANI, P. MANNARI, L. MUCCIOLI, A. NAVAZIO, R. PAOLICCHI, E. SALVI.

**Segreteria scientifica:**

Dr. ssa C. Di Nunzio, Dr. R. Lorenzini

Tel. 050/741555-741575

lunedì, mercoledì, venerdì ore 9-13.

## IN LIBRERIA

a cura di Annibale Fanali

**Cecchin Gianfranco, Lane Gerry, Ray A. Wendel, *Irriverenza. Una strategia di sopravvivenza per i terapeuti*. Milano, Franco Angeli 1993, pag. 97, lire 22.000** (Tit. or. *Irreverence. A strategy for Therapists' Survival*. Karnac Books, London, 1992. Trad. it. di Giorgio Piola.) Prefazione di Bradford Keeney.

**Cecchin Gianfranco, "La costruzione di possibilità terapeutiche", *Terapia familiare*, 41, Marzo 1993, pp. 35-43. (Con un commento di Paolo Gritti.)**

*Irriverenza*: c'è una nuova parola nello scenario delle teorie sistemiche. Destinata sicuramente ad avere fortuna. Se non altro per l'autorevolezza scientifica di Cecchin, ormai da anni impegnato in un dissacrante lavoro di smitizzazione. In linea con un orientamento sempre più decisamente costruttivista, il libro è una sfida alle certezze dei modelli e allo stile di pensiero e di conoscenza che Gargani, con Musil, ha chiamato atteggiamento razioide. L'*irriverenza* non è un altro modello, ma è la capacità di muoversi tra i modelli, di cambiare punto di vista, è una specie di elasticità mentale che consente di lasciar cadere, di abbandonare oggi idee, ipotesi, convinzioni a cui ieri si aderiva con entusiasmo. L'*irriverenza*, dice Cecchin, consiste proprio in questo: nel non farsi sedurre del tutto da un modello al punto da esserne irretiti.

Recentemente ho sostenuto che c'è bisogno di nuove parole nel nostro lavoro: termini come molteplicità e fluidità, come leggerezza e perfino gentilezza, aprono la strada a un diverso modo di intendere la relazione. E' anche grazie a queste parole che ci è stato possibile utilmente percorrere la strada verso la consenzienza, e viceversa è forse la nostra idea di relazione consenziente che ci ha portato a cogliere con maggiore profondità il senso di certe parole. In particolare la gentilezza, che sul piano epistemologico, penso in questo senso

a Rorty, consente a linguaggi diversi di aprirsi, di colloquiare, di conquistare così una reale valenza comunicativa,

*Irriverenza*, curiosità (altra parola introdotta da Cecchin), flessibilità, vanno a costituire un'area semantica molto vicina alla precedente da noi suggerita e di grande utilità, se si vuole effettivamente procedere verso percorsi sempre più complessi e scientificamente significativi.

Più avanti nello stesso numero 41 di *Terapia familiare* alla pag. 48, nell'articolo dal titolo "Psicosi e misconoscimento della realtà", Matteo Selvini stigmatizza invece proprio la tendenza costruttivista, (che è poi quella di Cecchin) come la tendenza della definitiva rinuncia a un obiettivo di ricerca eziologica sul processo familiare. Non solo: questa è per Selvini così poco accettabile da spingere i terapeuti a negare la sofferenza e quindi a sollevarli dal peso di qualsiasi responsabilità. Mi pare che la distanza delle posizioni di studiosi una volta appartenenti allo stesso gruppo, sia a questo punto davvero incolmabile.

### Interazioni.

**Rivista di clinica e ricerca psicoanalitica su individuo-coppia-famiglia.**

**"Remoto e attuale nel setting familiare" 1/1993.**

**Milano, Franco Angeli Editore.**

E' una nuova rivista diretta da Anna Maria Nicolò-Congliano.

Copre quella zona di confine, ancora poco studiata, in cui modalità di analisi e di ricerca proprie dell'approccio psicoanalitico si incontrano con quelle dell'approccio relazionale-sistemico.

E' già uscito un numero 0 monografico su "Legami ed affetti", con articoli (tra gli altri) di Zavattini,

Racamier, Resnik, Stern.

Dice la Nicolò: "il focus sulle interazioni e sui rapporti tra intrapsichico e interpersonale è una innovativa prospettiva di osservazione e una vera e propria metodologia di lavoro."

In questo numero, il cui titolo richiama l'attenzione sulla dimensione del tempo, oltre all'editoriale della Nicolò, segnalo gli articoli di Didier Anzieu, di Martini e di Balzamo e le interviste a Enzo Morpurgo, a Adolfo Pazzagli e a Romolo Rossi da parte di D'Apruzzo e Masina.

Per chi volesse approfondire l'argomento, soprattutto dal punto di vista del metodo (inteso come ciò che traccia il cammino) rimane sempre attuale e valido il testo di Cigoli e Galimberti del 1983, le cui referenze bibliografiche sono queste:

Vittorio Cigoli, Carlo Galimberti, *Psicoanalisi e ricerca sui sistemi in terapia familiare*, Milano, Franco Angeli Editore, 1983.

**Anna Maria Nicolò, Giulio Cesare Zavattini, *L'adolescente e il suo mondo relazionale*, Roma, La Nuova Italia Scientifica, 1992, 208 pag., lire 28.000.**

**Marisa Malagoli Togliatti, Ritagrazia Ardone, *Adolescenti e genitori. Una relazione affettiva tra potenzialità e rischi*, Roma, La Nuova Italia Scientifica, 1993, pag.177, Lire 25.500.**

Segnalo due libri della collana "L'intervento psicologico" della NIS sulle problematiche relazionali dell'adolescenza. Il primo, non recentissimo (è infatti uscito circa un anno fa) rientra nel filone psicoanalitico; il secondo è invece più tradizionalmente inserito nei canoni classici del modello relazionale-sistemico.

**Neopsichiatria**

(Numero monografico) "Oltre i modelli: la psichiatria, le sue crisi, la complessità". a cura di A. Fanali, M. Breccia, C. Di Nunzio, C. Gotta. I-II. 1992.

Nell'ultimo numero di questa storica rivista edita a Volterra sono raccolti i materiali di un Corso di aggiornamento, sul problema dei modelli in psichiatria, tenuto a Pisa nel 1989.

Una parte dei materiali sono stati rivisti dai relatori per la pubblicazione. Tra i relatori segnalò Salvi, Tranchina, Bogliolo (che ha trattato il modello relazionale sistemico), Galli e Maffei, Castrogiovanni, Pastore e Piro.

Nel titolo abbiamo cercato di riassumere una problematica che con la crisi del riduzionismo biologico in psichiatria è sempre più attuale e viva.

Problematica che, come abbiamo prima visto con Cecchin, ha a che fare spesso con la rigidità dei modelli e con la non rara quanto ostinata chiusura degli operatori nel singolo modello, nella singola tecnica.

*Oltre i modelli* non per negare la specificità dei vari saperi particolari, nè per giungere a una loro unificazione, ma per articularli in un discorso il cui testo si costruisce a partire dalle situazioni concrete e complesse che la realtà operativa ogni giorno propone.

in libreria a dicembre 1993

**Corrado Bogliolo**

## MANUALE DI PSICHIATRIA

ED. UNIVERSO

L'opera propone una trattazione generale della materia psichiatrica classica di cui tocca le tematiche fondamentali. Dopo una ampia disamina dei concetti di psicopatologia generale si passa alla descrizione delle principali sindromi cliniche. Gli aspetti formali dei disturbi, spesso arricchiti da brevi esempi, sono corredati dalla riflessione etiopatogenetica con particolare riguardo all'ipotesi relazionale. Il testo, pur seguendo una classificazione propria, non dimentica di far continuo riferimento e confronto con la tassonomia proposta dal DSM III R, il che consente al lettore di essere costantemente "in linea" con le attuali formulazioni psichiatriche.

Il libro è destinato a studenti di Medicina, specializzandi in Psichiatria, alle Facoltà di Psicologia e alle varie scuole di specializzazione in Psicoterapia.

Utile testo di consultazione per il medico di base.



### NORME REDAZIONALI:

I soci che intendono presentare lavori, recensioni o altro per la pubblicazione possono inviare il materiale, preferibilmente su dischetto da 3,5 pollici in programma di videoscrittura IBM compatibile, a

**S.I.P.R. NEWS Viale Carducci 427 55100 LUCCA**

## RECENSIONI CONVEGNI

a cura di Consiglia Di Nunzio e Marina Breccia

TRA LA MENTE E LA SCENA  
CASCINA - 15, 16, 17 APRILE 1993

Nei giorni 15, 16 e 17 Aprile 1993 si è tenuto nel Teatro Sipario-Produzioni di Cascina un convegno tra operatori teatrali e sanitari dal titolo "Tra la Mente e la Scena" - la Creatività come esperienza di riabilitazione nei Servizi Psichiatrici. L'esperienza promossa dalla terza U.O. di Psichiatria della U.S.L. 12 di Pisa insieme al Teatro "Sipario-Produzioni di Cascina doveva rappresentare per gli operatori teatrali e sanitari, attraverso momenti di confronto tra diverse esperienze nazionali, un'opportunità per un'ampliamento di conoscenza sul tema specifico dopo un'esperienza che avevano svolto in comune nell'anno precedente.

Le tre giornate erano articolate attraverso momenti di riflessione teorica nelle relazioni del mattino e momenti di confronto teorico e pratico nelle attività del pomeriggio che prevedevano tre sessioni contemporanee di comunicazioni, video ed esperienze dal vivo. Le giornate si concludevano con una sessione plenaria che lasciava spazio agli invitati di interlocuire con il pubblico in una forma più articolata dei consueti spazi per le domande previste nei convegni. Gli argomenti affrontati nelle tre giornate riguardavano il tema della creatività nelle esperienze riabilitative dei Servizi secondo i vari modelli epistemologici nel primo giorno. Nel secondo giorno il tema specifico era: Teatro ed arte nella riabilitazione. Il terzo giorno si concludeva lasciando spazio alle varie esperienze dei Servizi della Regione relative alla creatività in ambito riabilitativo. Tutte e tre le giornate terminavano con spettacoli teatrali organizzati dal Teatro Sipario-Produzioni, spettacoli che oltre ad essere un momento culturale davano la possibilità di affrontare il tema della follia riproponendo ad una riflessione collettiva i problemi di relazioni e di convivenza del sociale col soggetto "folle".

L'idea di questo Convegno è nata nel corso di un'esperienza riabilitativa condotta da alcuni pazienti che fre-

quentavano il Centro Diurno del nostro Servizio, esperienza condotta dal direttore del Teatro Sipario -Produzioni di Cascina Alessandro Garzella. I pazienti che hanno partecipato in numero circa di 12, presentavano tutti grosse problematiche nell'ambito della relazione con il gruppo ed erano prevalentemente psicotici o con gravi disturbi di personalità. Il gruppo aveva caratteristiche di massima apertura: ogni paziente poteva entrare ed uscire in qualsiasi momento, anche se era naturalmente sempre previsto uno spazio per elaborarne la motivazione. Gli operatori erano presenti costantemente durante l'esperienza, ma erano rigorosamente inseriti nel ruolo di osservatori e quindi di pubblico. L'unico momento di interazione tra operatori e regista è avvenuto alla fine del primo anno di esperienza. Tutto ciò voleva avere il significato di garantire uno spazio extrasanitario all'esperienza riabilitativa condotta. Questa occasione di integrazione tra sanitario e teatrale si è riprodotta nel programma del Convegno e ha avuto uno spazio di

realizzazione in tutto il corso di esso, ma principalmente durante le sessioni plenarie conclusive delle varie giornate. Riteniamo che l'apporto più singolare ed originale del convegno ai partecipanti sia derivato proprio da questa possibilità integrativa. Vogliamo tuttavia tenere ugualmente in grande considerazione il contributo teorico delle relazioni espressione dell'attività che si conduce nel campo della riabilitazione in numerosi Centri d'Italia sia nei contesti ospedalieri e universitari che in quelli territoriali. Lo stimolo ricevuto da tutti i partecipanti attraverso le esperienze dal vivo, condotte da operatori teatrali che avevano vissuto momenti di confronto con la Psichiatria e l'emarginazione sociale, è stato un incentivo alla riflessione sul proprio operare anche oltre i modelli teorici. Gli spettacoli serali infine sono risultati il momento di massima espressione di apertura del Convegno che così accoglieva all'interno della sua sede anche persone del pubblico esterne alle problematiche trattate.

## LUIGI BALDASCINI

## Vita da adolescenti.

**Gli universi relazionali. Le appartenenze, le trasformazioni.**

Franco Angeli editore