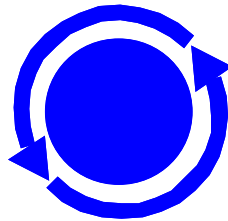


CENTRO MILANESE DI TERAPIA DELLA FAMIGLIA

SEDE DI PADOVA

**SCUOLA QUADRIENNALE DI FORMAZIONE
ALLA PSICOTERAPIA SISTEMICO-RELAZIONALE**



***APPROCCIO TERAPEUTICO INTEGRATO:
TERAPIA SISTEMICA INDIVIDUALE E EMDR***
ANALISI DI UN CASO CLINICO

**RELATORE:
DOTT. ANDREA MOSCONI**

**ALLIEVO/A:
DOTT.SSA TATIANA SPOLADOR**

ANNO ACCADEMICO: 2013

A mia figlia Petra e a mio marito Matteo.

Ai miei genitori che hanno sempre creduto in me.

A Silvia, amica e collega.

INDICE

INTRODUZIONE	pag. 5
CAPITOLO 1: EMDR UNA SCIENZA, UN METODO E UNO STRUMENTO	pag. 8
1.1 INTRODUZIONE ALL'EMDR	pag. 8
1.2 IL MODELLO TEORICO ALLA BASE DELL'EMDR	pag. 9
1.3 I MOVIMENTI OCULARI	pag. 11
1.4 LO STRUMENTO	pag. 12
1.4.1 FASE UNO: ANAMNESI E PIANIFICAZIONE DELLA TERAPIA	pag. 12
1.4.2 FASE DUE: PREPARAZIONE DEL PAZIENTE	pag. 13
1.4.3 ASSESSMENT	pag. 13
1.4.4 FASE QUATTRO: DESENSIBILIZZAZIONE	pag. 14
1.4.5 FASE CINQUE: INSTALLAZIONE	pag. 14
1.4.6 FASE SEI: SCANSIONE CORPOREA	pag. 15
1.4.7 FASE SETTE: CHIUSURA	pag. 15
1.4.8 FASE OTTO: RIVALUTAZIONE	pag. 16

1.5 IL PROTOCOLLO A TRE DIMENSIONI	
PRESENTE PASSATO FUTURO	pag. 16
CAPITOLO 2: TERAPIA SISTEMICA INDIVIDUALE	pag. 18
2.1 IL GENOGRAMMA	pag. 24
2.2 IL CICLO VITALE DI CARTEL E MC GOLDRIK	pag. 25
2.3 IL PROCESSO DI IPOTIZZAZIONE	pag. 26
2.4 IL QUADRILATERO SISTEMICO	pag. 26
2.5 LE CONNESSIONI TRA TERAPIA SISTEMICA E EMDR	pag. 30
CAPITOLO 3 DISCUSSIONE DI UN CASO CLINICO	pag. 35
3.1 I NOSTRI INCONTRI	pag. 35
3.1.1 IL GENOGRAMMA FAMILIARE	pag. 36
3.1.2 LA STORIA DEL SISTEMA E DI BEATRICE	pag. 37
3.2 IPOTIZZAZIONE	pag. 39
3.3 TRATTAMENTO CON EMDR	pag. 40
3.4 CONCLUSIONI	pag. 46
BIBLIOGRAFIA	pag. 52
SITOGRAFIA	pag. 57

INTRODUZIONE

La discussione del caso clinico che verrà presentata in questa tesi è parte integrante di un interesse più ampio, nato nel 2008 con lo svolgimento della tesi di laurea specialistica in Psicologia della sviluppo e dell'intervento nella scuola su *“Il riconoscimento delle emozioni nei bambini sopravvissuti all'attacco terroristico nella scuola di Beslan”* e nel 2009 con il conseguimento del Master di Primo Livello in Psicotraumatologia e Gestione dello Stress, nei quale si parlava in breve di Disturbo Post Traumatico da Stress, Terapia Sistemica Relazionale e EMDR a livello teorico.

Successivamente da Marzo 2013 ho partecipato al Corso di Primo Livello di EMDR e a successivi seminari di approfondimento e consolidamento di esso.

Quindi questa tesi nasce in stretta connessione con il mio percorso formativo e personale.

L'EMDR, nello specifico “Eye Movement Desensitization and Reprocessing”, è un innovativo strumento psicoterapeutico scoperto da Francine Shapiro nel 1987, che costituisce una nuova visione della patologia e una nuova modalità di intervento. Viene usato per accedere ai ricordi di esperienze traumatiche che sono alla base dei disturbi psicologici attuali del paziente sotto forma di elaborazione immagazzinata in modo non funzionale, per elaborare quei ricordi e riportarli a una risoluzione adattiva.

Negli ultimi due decenni l'EMDR è diventato a livello statisticamente significativo uno dei trattamenti più efficaci, assieme alle terapie cognitivo-comportamentali, per i disturbi post-traumatici.

In campo clinico, parallelamente gli psicoterapeuti hanno riscontrato l'efficacia e utilità del metodo anche in conseguenza ad episodi emotivamente traumatici che i pazienti descrivevano come caratteristici della loro famiglia d'origine. E' diventato quindi sempre più frequente trattare con EMDR individui, bambini e adolescenti e famiglie sofferenti di traumi cronici,

disturbi psichici o psico-somatici, legati a relazioni interpersonali disfunzionali e potenzialmente traumatiche.

Come sarà esplicitato successivamente vedo una maggior efficacia dell'utilizzo dell'EMDR e del suo protocollo se inserito in una cornice terapeutica sistemica nella quale si è già individuata una ipotesi plausibile per il paziente e si lavora su determinati nodi traumatici.

La tesi si articola in due parti che si suddividono ulteriormente nei seguenti capitoli:

La prima parte si focalizza sulla teoria degli argomenti di tesi e si articola nel primo e secondo capitolo, più precisamente:

Nel *capitolo 1* si ha l'intento di fare un breve excursus sull'EMDR, con una definizione della procedura e una descrizione delle sue origini e dei suoi utilizzi in ambito clinico. Vengono poi presentate le basi teoriche su cui poggia l'EMDR con l'approfondimento del modello AIP (Adaptive Information Processing). Viene, inoltre, presentato, in modo dettagliato, il protocollo standard dell'EMDR, con una spiegazione degli strumenti caratteristici e delle otto fasi di cui è costituita la procedura.

Nel *capitolo 2* si vuole tracciare una panoramica sulla visione della Terapia Sistemica Individuale attuale, presentando come basi teoriche il processo di ipotizzazione, il quadrilatero sistemico di A. Mosconi, l'utilizzo del genogramma, il ciclo di vita, la terapia sistemica e le connessioni con l'EMDR.

La seconda parte riguarda principalmente lo sviluppo clinico del caso preso ad esame e la sua discussione

Nel *capitolo 3* viene riportato un esempio clinico, all'interno del quale viene proposta la discussione del caso presentati, accorpata alla conclusione della tesi.

In particolare, il lavoro ha riguardato la trascrizione delle sedute e la scelta di alcune parti di essa significative per offrire una illustrazione pratica del processo terapeutico.

Sottolineo fin da ora che il materiale presentato in questa sede è solo una parte di tutto il materiale raccolto nei mesi di lavoro svolto presso il mio studio professionale, e che saranno necessarie ulteriori verifiche dei risultati ottenuti al fine di promuovere successivamente interventi adeguati.

CAPITOLO 1

EMDR:

UNA SCIENZA, UN METODO E UNO STRUMENTO

1.1 INTRODUZIONE ALL'EMDR

Questa prima parte teorica è presentata in modo più ampio nella tesi “EMDR: stato dell’arte e linee future di ricerca” della Dr.ssa Manuela Prencipe e nella tesi “Trauma da abuso e EMDR: presentazione di una ricerca in corso” della Dr.ssa Cristina Mastronardi nella quale si sottolinea che l’Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) sia un metodo terapeutico, la cui nascita è riconducibile ad un’osservazione casuale che Francine Shapiro fece nel 1987:

“Un giorno, passeggiando in un parco, notai che alcuni pensieri inquietanti che avevo erano improvvisamente spariti; notai inoltre che quando ritornavo con la mente a quei pensieri essi non erano più disturbanti e presenti come prima. L’esperienza passata mi aveva insegnato che i pensieri disturbanti hanno un determinato “ciclo”; tendono cioè a manifestarsi continuamente fino a quando coscientemente si fa qualcosa per fermarli o cambiarli. Ciò che mi colpì quel giorno fu che i miei pensieri disturbanti stavano sparendo e modificandosi senza alcun sforzo cosciente. (...) Notai che quando i pensieri disturbanti tornavano alla mente, i miei occhi cominciavano spontaneamente a muoversi avanti e indietro in una linea diagonale. Di nuovo i pensieri scomparvero, e quando li riportai alla mente la loro carica negativa si era notevolmente ridotta. A quel punto cominciai a eseguire i movimenti oculari

deliberatamente mentre mi concentravo su vari pensieri e ricordi disturbanti e mi accorsi che anche questi pensieri sparivano e perdevano la loro carica emotiva. (...) Alcuni giorni dopo cominciai a provare questo metodo con altre persone (...).”

La ricerca scientifica sull'EMDR ha stabilito che è un trattamento supportato empiricamente ed evidence-based per il Disturbo Post-traumatico da Stress. L'efficacia dell'EMDR non riguarda unicamente i traumi che rientrano nella definizione del DSM, ovvero “il soggetto ha provato, assistito o si è trovato di fronte ad un evento potenzialmente mortale, con pericolo di morte o di gravi ferite, o ad una minaccia alla propria integrità fisica o a quella degli altri; la risposta del soggetto comprende paura, vulnerabilità o orrore intensi”.

Al contrario, la sua efficacia è dimostrata anche per tutte le esperienze negative che, pur non rientrando in questa definizione, sono stressanti o generano, comunque, sintomi post-traumatici.

Il presupposto teorico dell'EMDR è che qualunque reazione disfunzionale attuale (eccetto le patologie con base organica o chimica) sia sempre il risultato di un'esperienza precedente, non necessariamente infantile.

L'EMDR è un approccio centrato sul paziente all'interno del quale il terapeuta funge da facilitatore del suo processo di autoguarigione.

1.2. IL MODELLO TEORICO ALLA BASE DELL'EMDR

Il modello teorico alla base dell'EMDR è quello dell'Elaborazione Accelerata dell'Informazione (Shapiro, 1995).

La formulazione di questo modello, sviluppato per spiegare la rapidità con la quale vengono raggiunti risultati clinici per mezzo dell'EMDR, è avvenuta dall'osservazione di quanto emerso dalla costante applicazione della procedura in ambito clinico. Un principio essenziale in grado di spiegare verosimilmente quanto accade durante l'applicazione dell'EMDR consiste nel considerare

l'esistenza di un sistema innato in tutte le persone, configurato per elaborare le informazioni e ripristinare la salute mentale in modo analogo a quello del resto del corpo portato fisiologicamente a guarire in caso di ferite.

Questo sistema prevede che l'elaborazione dell'informazione vada verso una "risoluzione adattiva", ovvero che avvengano collegamenti con le associazioni adeguate e che l'esperienza, integrata in uno schema emotivo e cognitivo positivo, venga usata in modo costruttivo da parte del soggetto.

Eventi traumatici o situazione molto stressanti possono sbilanciare il funzionamento dell'elaborazione adattiva dell'informazione.

Il modello dell'Elaborazione Accelerata dell'Informazione si collega al concetto di reti mnestiche. Una rete mnestica rappresenta un sistema associato di informazioni; metaforicamente queste reti possono essere immaginate come una serie di canali nei quali ricordi, pensieri, immagini, emozioni e sensazioni correlate sono immagazzinate e legate tra loro. Un evento traumatico, bloccando il sistema innato del cervello di elaborazione dell'informazione, provoca il "congelamento" delle informazioni relative al trauma, che rimangono intrappolate in una rete neurale con le stesse emozioni, convinzioni e sensazioni fisiche presenti al momento dell'evento. La rete neurale, nella quale l'informazione è immagazzinata nella sua forma disturbante originale, è isolata perché i suoi recettori biologici/chimici/elettrici non sono in grado di facilitare adeguatamente la trasmissione tra le strutture neurali.

Nessun nuovo apprendimento può aver luogo poiché le successive informazioni terapeutiche risiedono nelle loro proprie reti neurali e non riescono a creare un legame associativo con essa.

L'ipotesi è che i movimenti oculari usati nell'EMDR inneschino un meccanismo fisiologico che attiva il sistema di elaborazione dell'informazione. In particolare, l'elaborazione sarebbe attivata dalla doppia focalizzazione, ovvero dall'attenzione ai movimenti oculari, o ad altre stimolazioni bilaterali, e contemporaneamente agli elementi più significativi dell'esperienza traumatica.

Ogni set di movimenti oculari sposta l'informazione disturbante – ad una velocità accelerata – lungo i sentieri neurofisiologici adeguati fino alla sua risoluzione adattiva. La risoluzione adattiva avviene quando un'informazione disfunzionale o disadattiva legata ad un episodio traumatico nella storia del paziente è trasformata in una forma in cui non è più in grado di scatenare risposte disturbanti a livello emotivo, somatico, cognitivo o comportamentale. Vi sono altri stimoli oltre ai movimenti oculari guidati che possono attivare il sistema di elaborazione dell'informazione. Per esempio, tamburellamenti sulle mani e la ripetizione di stimoli uditivi si sono anch'essi dimostrati efficaci.

1.3 I MOVIMENTI OCULARI

Non c'è una risposta univoca sul perché queste stimolazioni bilaterali sollecitino una rapida ed adattiva elaborazione delle informazioni. Esistono, però, diversi studi che trovano accordo nell'ipotesi che una cooperazione bilaterale dei due emisferi potrebbe essere necessaria per il consolidamento dei ricordi in generale, e il mancato consolidamento delle memorie che si riferiscono ad eventi traumatici potrebbe avere un ruolo cruciale nei traumi non risolti (Siegel, 2001). In attesa di ulteriori ricerche sui meccanismi neurofisiologici innescati dall'EMDR, si può considerare l'ipotesi di una maggiore cooperazione bilaterale innescata dai set di movimenti oculari un'ipotesi plausibile e coerente con le osservazioni cliniche di quanto succede durante il trattamento. I ricordi e gli stimoli disturbanti vengono desensibilizzati e le informazioni più adeguate e funzionali vengono integrate in uno schema positivo, emotivo e cognitivo.

La desensibilizzazione (riduzione del disturbo), gli insight, i cambiamenti nelle risposte fisiche ed emotive sono la conseguenza della rielaborazione.

1.4 LO STRUMENTO

L'EMDR è un approccio terapeutico integrato che comprende principi, metodologie e procedure compatibili con i principali orientamenti psicologici. Il trattamento EMDR si compone di otto fasi essenziali.

1.4.1. FASE UNO: ANAMNESI E PIANIFICAZIONE DELLA TERAPIA

Questa fase comprende la raccolta di informazioni sulla storia del paziente e sul suo funzionamento attuale per determinare l'adeguatezza dell'applicazione dell'EMDR. Un criterio fondamentale per valutare l'idoneità dei pazienti all'EMDR è la loro capacità di gestire gli elevati livelli di disturbo potenzialmente innescati dall'elaborazione dell'informazione disfunzionale.

La valutazione comprende una stima della stabilità personale e dei vincoli attuali nella vita del paziente, siano essi sociali, personali o di salute.

Una volta che il paziente è stato giudicato idoneo per la terapia con l'EMDR, il terapeuta raccoglie le informazioni necessarie per realizzare un piano terapeutico.

Si effettua una valutazione dell'intero quadro clinico, compresi i comportamenti disfunzionali del paziente, i sintomi e le caratteristiche su cui è necessario concentrarsi. Quindi, il terapeuta identifica gli obiettivi specifici che avranno bisogno di rielaborazione.

Tali obiettivi comprendono gli avvenimenti che inizialmente hanno fatto sviluppare la patologia, gli stimoli scatenanti attuali che fanno emergere il disturbo e le abilità di cui il paziente ha bisogno per facilitare la messa in atto di comportamenti adattivi nel futuro.

1.4.2. FASE DUE: PREPARAZIONE DEL PAZIENTE

La fase di preparazione comprende la creazione di un'alleanza terapeutica, la spiegazione del processo e degli effetti dell'EMDR, la gestione delle preoccupazioni del paziente e l'insegnamento di procedure di rilassamento e di sicurezza. Per ottenere un consenso informato, il terapeuta deve fornire informazioni al paziente circa la possibilità di disagi emotivi durante e dopo le sedute EMDR.

Queste informazioni consentono al paziente di organizzare il lavoro e gli impegni sociali in modo da adeguarli a qualsiasi disturbo emotivo possa emergere. L'educazione dei pazienti all'utilizzo di tecniche di rilassamento è fondamentale per l'eventuale gestione di questi disagi.

1.4.3. FASE TRE: ASSESSMENT

In questa fase il terapeuta identifica i ricordi da utilizzare come target e tutte le componenti ad essi associate: immagini, cognizioni, emozioni e sensazioni fisiche. Infatti, una volta identificato il ricordo, si chiede al paziente di scegliere l'immagine traumatica più rappresentativa di quell'evento traumatico. Al paziente viene chiesto quindi di identificare una cognizione negativa, ovvero un'affermazione che esprima la convinzione negativa sottostante o l'autovalutazione disadattiva associata all'immagine. Una volta identificata la cognizione negativa, la fase successiva della seduta EMDR è l'identificazione da parte del paziente della cognizione positiva e la sua classificazione sulla Scala della validità della cognizione positiva (VOC, Validity of Cognition). Questa scala, utilizzata per misurare quanto vera e credibile venga sentita da parte del paziente la cognizione positiva, è divisa in sette punti, dove uno significa "completamente falso" e sette "completamente vero". Al momento di sviluppare una cognizione positiva, il paziente va istruito, quando necessario, a fare un'affermazione in prima persona che

includa un locus of control interno. A questo punto, al paziente viene chiesto di concentrarsi sull'immagine del ricordo e sulla cognizione negativa, di indicare l'emozione che prova e di dare una valutazione attraverso la Scala delle Unità soggettive di Disturbo (SUD, Subjective Unit of Disturbance). Questa scala, che è un indice soggettivo con il quale il paziente valuta quanto gli crea disturbo il ricordo-target in questo preciso momento, è divisa in dieci punti, dove zero significa “non disturbante/neutro” e dieci “il peggior disturbo immaginabile”. Infine, il paziente individuerà la localizzazione della sensazioni fisiche che emergono quando si concentra sul ricordo traumatico.

1.4.4. FASE QUATTRO: DESENSIBILIZZAZIONE

Durante la fase di desensibilizzazione, il terapeuta ripete i set di movimenti oculari (o di forme alternative di stimolazione) fino a che il livello di SUD del paziente si riduce a zero o uno. I risultati clinici indicano che in circa la metà dei pazienti l'elaborazione può bloccarsi; in questi casi, il protocollo prevede procedure EMDR avanzate in grado di superare il blocco. In questa fase non necessariamente si assiste da subito ad un decremento dell'emotività negativa; non sono rare le abreazioni, ovvero disturbi emotivi di elevata intensità durante i quali il soggetto “ri-esperisce” una parte dell'esperienza traumatica, in cui il disturbo raggiunge il massimo livello prima di iniziare a calare.

1.4.5 FASE CINQUE: INSTALLAZIONE

Nella quinta fase della terapia viene installata la cognizione positiva. Per prima cosa, è necessario verificare se la cognizione positiva iniziale sia ancora valida oppure se, nel frattempo, ne sia emersa una più adatta. A questo punto, il terapeuta chiede al paziente di concentrarsi contemporaneamente sulla cognizione positiva e sul ricordo target. Il terapeuta prosegue quindi con i set

di movimenti oculari fino a quando la valutazione della cognizione positiva da parte del paziente raggiunge un livello di sei o sette sulla scala VOC.

Il fine ultimo è l'installazione di una cognizione positiva forte e completamente valida, che aumenti il senso di autoefficacia e di autostima del paziente.

1.4.6. FASE SEI: SCANSIONE CORPOREA

Successivamente all'installazione completa della cognizione positiva, viene chiesto al paziente di focalizzarsi sia sull'evento target sia sulla cognizione positiva e di esplorare mentalmente il proprio corpo dall'alto in basso in modo da identificare qualunque tensione residua che si manifesti sotto forma di sensazioni fisiche. Queste ultime sono, poi, oggetto di set successivi. L'elaborazione non è completata fino a quando non ci sia una scansione corporea libera da tutte le sensazioni negative associate.

1.4.7. FASE SETTE: CHIUSURA

Il paziente deve essere ricondotto ad uno stato di equilibrio emotivo entro la fine di ogni seduta. Nell'EMDR non sempre l'elaborazione viene completata all'interno una seduta; per questo motivo è fondamentale fornire al paziente adeguate istruzioni al termine della stessa.

In particolare, il terapeuta deve ricordare al paziente che le immagini, i pensieri o le emozioni disturbanti che potrebbero emergere tra una seduta e l'altra sono un segnale positivo, in quanto sono la prova di ulteriori elaborazioni.

Il paziente viene quindi istruito a tenere un diario in cui annotare pensieri, situazioni, sogni e ricordi negativi che possono insorgere. L'utilizzo del diario permette al paziente di creare una distanza cognitiva dai disagi emotivi attraverso la scrittura; i disturbi annotati sul diario possono essere usati come

target della seduta successiva. L'assenza di una revisione accurata da parte del terapeuta potrebbe comportare il rischio di scompensi, o in casi estremi, di suicidio nel paziente.

1.4.8. FASE OTTO: RIVALUTAZIONE

La rivalutazione dovrebbe aver luogo all'inizio di ogni seduta successiva.

Il terapeuta chiede al paziente di ri-accedere al target precedentemente elaborato e verifica le risposte del paziente per determinare se gli effetti terapeutici si sono mantenuti. Il terapeuta può rivolgersi a materiale nuovo solo dopo aver accertato che i traumi precedentemente trattati siano stati completamente integrati. L'integrazione viene determinata in termini di fattori intra-psichici e di aspetti problematici all'interno del sistema familiare e sociale del paziente.

L'EMDR è il metodo elettivo per il trattamento del Disturbo Post-traumatico da Stress, ma è efficace anche con tutte quelle esperienze negative che, pur non provocando l'insorgenza di questo disturbo, generano stress e sintomi post-traumatici.

1.5 IL PROTOCOLLO A TRE DIMENSIONI PRESENTE PASSATO FUTURO

La funzione del trattamento EMDR è liberare il paziente dai ricordi disfunzionali immagazzinati in passato in memoria che contengono emozioni e prospettive che danno luogo alla patologia attuale. Per il paziente è meno difficile migliorare le proprie competenze sociali se ha elaborato ricordi passati disfunzionali che provocano in lui nel presente sentimenti di inadeguatezza e insicurezza.

E' proprio per tale motivo che il protocollo generale dell'EMDR è caratterizzato dall'utilizzo e dall'elaborazione di target passati (i più precoci, i peggiori), presenti (i più recenti, gli eventi scatenanti) e quelli futuri (scenari).

Si inserisce di seguito il capitolo sulla Terapia Individuale Sistemica, nel quale verranno esplicitate le teorie epistemologiche che hanno fatto da cornice all'analisi del caso clinico.

CAPITOLO 2

TERAPIA SISTEMICA INDIVIDUALE

La terapia sistemica individuale, secondo Mosconi (2008,2008 b)presenta delle differenze rispetto la terapia sistemica familiare. In particolare è rilevante la funzione del terapeuta come consulente nella relazione terapeutica. E' una posizione critica, nella quale la neutralità deve essere gestita e in cui il paziente porta il suo stato d'animo e il vissuto del suo disagio; la sua richiesta implicita potrebbe essere quella di essere il suo alleato nelle contese familiari. Il paziente quindi ricerca nel terapeuta quella conferma che non ha avuto nel suo sistema familiare.

Tutto ciò che il terapeuta sente a livello emotivo è caratterizzato dalla funzione che il paziente ci richiede; lo dobbiamo saper gestire e usarlo come informazione per la costruzione dell'ipotesi: la domanda che dobbiamo porci è "*Che posizione vuole farmi avere?!*". Tutto questo per aiutarlo ad affrontare attivamente in prima persona i "*possibili paracarri*" con cui si scontrerà al di fuori del setting terapeutico.

La funzione da tenere è quella di consulente comprensivo. Inoltre è importante prendere in considerazione la funzione che noi stessi occupiamo nell'ipotesi.

Gli obiettivi di una terapia sistemica individuale sono legati:

All'aiutare la persona a connettere i seguenti livelli:

- Pensieri, parole, azioni, emozioni
- Idea di sé e del mondo
- Modi di definirsi nella relazione (up/down)
- Funzione occupata nel sistema
- Gioco familiare
- De colpevolizzare i genitori.

Aiutare la persona a modificare la propria posizione nel sistema e le proprie strategie relazionali nelle situazioni critiche (come conflitti o abbandoni). Si richiede quindi di *“diventare genitori di se stessi”* , fare cioè, noi per noi, quello che gli altri non hanno fatto per noi, magari esplicitando al paziente *“...adesso puoi decidere se rimanere in questo gioco oppure fare quello che gli altri non hanno fatto per te...”* non dimenticandoci infine di motivare attraverso una connotazione positiva.

Il cambiamento, quindi, necessita di un tempo impreciso; per esempio, in alcune terapie, nella fase di svincolo, si consiglia di *“uscire di casa a andare a vivere altrove”*, il paziente invece deve rimanere lì a lottare con la sua quotidianità.

In una Terapia Sistemica Individuale tenere presente:

- Il modo di definirsi nella relazione del paziente.
- L'ipotesi sul sistema familiare e la funzione che egli è venuto a svolgere nelle relazioni significative.
- Le sue premesse e i livelli cognitivi coinvolti (es. Terrore dell'attacco di panico essendo un sintomo ego distonico non permette di vedere le situazioni attivanti).
- Lo sviluppo della relazione terapeutica.
- Le emozioni del Terapeuta.

Le premesse che contraddistinguono la Terapia Familiare da quella individuale, in un'ottica di analisi contestuale, sono la mancanza del punto di vista degli altri, la mancanza della diretta influenza degli interventi sugli altri e che la descrizione del sé.

Se fosse possibile proporre una scaletta degli incontri si potrebbe avere la seguente evoluzione.

Nei primi due incontri è necessario definire il problema su cui intervenire, permettere al paziente di uscire dalla triangolazione e di concentrarsi sulle sue discrepanze, successivamente costruire un contratto terapeutico alla cui base vi è la definizione della relazione con il terapeuta come consulente e mantenere come focus dell'attenzione, cioè come setting di lavoro, le relazioni esterne.

Sempre in questa prima fase di incontro cercare di comprendere l'ipotesi portata dal paziente sulla sua situazione e co-costruire un'ipotesi sistemica plausibile focalizzandosi sulla sua centralità e analizzare l'idea che lo stesso paziente propone per mantenere il problema.

Per quanto riguarda le tecniche della gestione del colloquio, Mosconi propone di concordare la cadenza delle sedute con il paziente, tenendo conto del livello di ansia e della capacità del professionista di ristrutturare fino a quel momento. Ad esempio, se presenta uno stato d'ansia elevato si può scegliere di utilizzare, tra un incontro e l'altro, delle fotografie, oppure costruire un genogramma fotografico o un diario di bordo, per individuare in tale modo le situazioni attivanti e i pattern relazionali.

Un aspetto importante da tenere in considerazione, all'inizio di ogni seduta, è l'accoglienza e la comprensione di quanto è avvenuto tra una seduta e l'altra, infatti può venire utile al terapeuta per correggere, rinegoziare o modificare l'ipotesi e riadattare il linguaggio o l'angolatura con cui si è proposta.

Come già detto precedentemente, una attenzione particolare va posta alla neutralità, infatti va sempre definita la parte portata dal paziente e vanno de-colpevolizzati i familiari ad es. con frasi del tipo *“Lei ha deciso....vede solo....ecc..”* oppure *“Loro hanno fatto quello che potevano, lei ha deciso...”*.

La terapia sistemica individuale può, attraverso domande riflessive e domande triadiche, permettere al terapeuta di coinvolgere i familiari significativi (A. Canevaro 2009) per esempio presentificando gli assenti; inoltre può far fare esperienze falsificanti, come viene proposto dalla Ugazio (2001) *“Vada a casa a fare.....e verifichi che l'ipotesi appena fatta può essere plausibile”*.

Boscolo e Bertrando (1996) danno a questa procedura il nome di “presentificazione del terzo”.

In terapia della famiglia, le domande circolari, specie quelle triadiche, hanno tra gli altri l'importante effetto di porre ogni familiare nella posizione di osservatore dei pensieri, delle emozioni e dei comportamenti degli altri, creando così una comunità di osservatori. Ciò può essere riprodotto anche in terapia individuale, nel presentificare in seduta terze persone significative, appartenenti al mondo esterno o a quello interno [“voci”], creando una “comunità” che concorre allo sviluppo di diversi punti di vista. Fra gli altri effetti, questa modalità può sfidare l'egocentrismo del cliente, posto nella condizione di riflettere o fare ipotesi su pensieri ed emozioni di altre persone nei suoi confronti, e non soltanto propri. (Boscolo e Bertrando, 1996, p. 106).

La presentificazione del terzo è descritta da Boscolo e Bertrando come una delle tecniche specifiche della terapia sistemica individuale. Ma la presenza del terzo nella seduta diadica può essere considerata qualcosa di più che una tecnica: è un elemento costitutivo che caratterizza il modello rispetto ad altre forme di terapia.

L'attenzione al terzo come contesto è, allo stesso tempo, consapevolezza, da parte del terapeuta, della propria posizione, non solo rispetto al cliente, ma anche rispetto ai diversi sistemi in cui vive la relazione terapeutica. Per esempio: l'inviante e l'invio; il sistema sanitario e gli eventuali servizi pubblici coinvolti; famiglia e famiglie allargate; lavoro; scuola; altri sistemi sociali; la politica e la cultura in generale (vedi Selvini Palazzoli et al., 1980b; Boscolo e Bertrando, 1993; White, 1995).

Questa consapevolezza ecologica che potremmo definirla anche come consapevolezza contestuale (Bertrando, 2000), viene direttamente dall'insegnamento di Bateson (1972).

Una tale consapevolezza del terapeuta non è puramente cognitiva, ma è allo

stesso tempo una consapevolezza emotiva: il terapeuta sistemico verifica le proprie emozioni rispetto a tutta questa complessa ecologia, e anche il riflesso di tutto questo sulla relazione terapeutica.

Altre tecniche potrebbero riguardare l'uso di disegni, di caricature e di fotografie e della costruzione della life-line.

Bowen, a tal proposito, propone al paziente di andare a casa a chiedere informazioni riguardanti l'infanzia o qualsiasi altro tema.

La gestione della neutralità è anche perseguibile attraverso il contatto con i familiari, sempre concordato con il paziente, attuati in presenza o meno di esso e commentati prima e dopo.

L'utilizzo della connotazione positiva e di altre tecniche d'impatto (ad es. EMDR) o proprie della terapia strategica nella terapia sistemica individuale mirano a curare la connessione con l'ipotesi e la narrazione in atto.

E' consigliato da Mosconi l'uso della prescrizione e delle tecniche strategiche soprattutto all'inizio della terapia, con l'obiettivo di aiutare a controllare e gestire il sintomo come una foto di famiglia sul comodino, visita alla tomba del genitore oppure tenere un diario, come anche il protocollo EMDR può prevedere.

Per la conclusione della terapia è importante non avere fretta; se necessario prevedere un limite entro il quale si terminerà la terapia.

Un'ipotesi di percorso terapeutico espresso da Mosconi potrebbe essere il seguente:

- le cinque fasi della conversazione trasformativa
- qual è il problema
- come si definisce nella relazione
- persone e contesti inclusi nella narrazione (personaggi ed interpreti)
- sofferenza attuale

- idea di sé e del mondo
- parole chiave
- da quanto tempo
- quando la prima volta
- le situazioni peggiori
- cosa hai fatto e pensato tu
- cosa hanno fatto e pensato gli altri
- come te lo spieghi
- come è proseguito
- e se loro fossero qui
- è possibile che?
- Come fare domani?
- In che fotografia vorresti essere tra un mese e/o tra un anno?
- Quale piccola cosa puoi cambiare fin da ora?

Alcune volte in terapia individuale il paziente verbalizza i sogni, e anch'esso entra nell'interpretazione sistemica, ma sempre sottoforma di informazione per la costruzione dell'ipotesi e per la valutazione del cambiamento infatti porta l'idea del Sé del paziente, dei suoi pattern tipici e di quanto sta cambiando.

Altre premesse epistemologiche prettamente legate alla terapia sistemica utilizzate nell'analisi del caso sono le seguenti:

- Il genogramma
- Il ciclo di Vita
- Il quadrilatero sistemico
- La formulazione dell'ipotesi proposta da A. Mosconi e M. Tirelli nel 1997
- EMDR come tecnica da utilizzare nelle prime sedute per decostruire alcuni traumi.

2.1 IL GENOGRAMMA

Nell'articolo "Il genogramma come strumento grafico per ipotizzare il funzionamento mentale del paziente" di Anna Maria Sorrentino si afferma che tale strumento proposto da Murray Bowen (1979) rappresenti un diagramma nel quale si organizzano le informazioni sul ciclo vitale del nucleo circa i legami, gli eventi, e le separazioni della famiglia attraverso due o tre generazioni (Mc Goldrick, Gerson, 1985). Il genogramma si presenta come una mappa semplice, di intuitiva comprensione, della rete emotivo-affettiva in cui il soggetto ha sperimentato il proprio sviluppo ed è inquadrato nella cornice teorica-terapeutica che considera le relazioni trigerazionali che costituiscono il principale contesto di riferimento per la comprensione del disagio psichico.

Nel contesto psicologico-clinico il genogramma può essere utilizzato sia come strumento diagnostico che come intervento clinico vero e proprio. Con l'introduzione e la compilazione del genogramma si può testare la capacità del paziente di narrarsi (Bowlby, 1989; Holmes, 1994; Holmes, 2004), di interrogarsi sulle connessioni tra i propri vissuti e gli eventi della sua vita permette infatti al terapeuta di operare una prima valutazione delle difficoltà e delle risorse del suo interlocutore, è quindi di grande valore diagnostico e prognostico. Il lavoro sul genogramma potrà così offrire una guida ad una costruzione di un "oggetto" di conoscenza condivisa (Viaro, 2006) su ciò che sta accadendo, o che è accaduto, nella complessità di una storia familiare.

2.2 IL CICLO VITALE DI CARTER E MC GOLDRIK

La famiglia è un sistema vivente, il cui sviluppo avviene per “stadi” all’interno della dimensione tempo: essa passa attraverso un “periodo di transizione”.

Durante le transizioni si verificano profonde trasformazioni psicologiche ed a livello strutturale.

Nel corso del suo ciclo di vita, ogni gruppo familiare passa attraverso una serie di stadi che richiedono dei cambiamenti di ruolo intrafamiliari. Il coinvolgimento dei singoli membri in altri sistemi sociali (scuola, mondo del lavoro etc..) fa sì che ogni soggetto, di fronte a determinati “passaggi”, debba affrontare dei cambiamenti del proprio ruolo, proprio perché tale fase lo richiede.

Le sei fasi del ciclo vitale secondo Carter e Mc Goldrick sono:

- 1 La fase antecedente la formazione della famiglia
- 2 La fase iniziale di formazione della famiglia (il momento di formazione della coppia per Minuchin).
- 3 Lo stadio con bambini in giovane età.
- 4 Lo stadio in cui i figli hanno lasciato la scuola e sono adolescenti, alcuni lavorano e altri no.
- 5 Uno stadio più avanzato della vita della famiglia in cui i figli sono adulti e si distaccano.
- 6 La famiglia nella fase terminale, quella del pensionamento e della vecchiaia.

2.3 IL PROCESSO DI IPOTIZZAZIONE

La formulazione dell'ipotesi proposta da A. Mosconi e M. Tirelli nel 1997, la quale riguardavano:

I PILASTRI PER L'IPOTESI		STRUTTURA DELLA CONVERSAZIONE
1. Storia del Sistema in senso trigenerazionale	→	
2. Il problema, la sua storia e gli effetti	←	1. Scelta dei temi
3. Punti di vista sui caratteri e le relazioni		2. Domande di Approfondimento (differenza, specificazione, triadiche)
4. Le spiegazioni sul problema e le aspettative		3. Ristrutturazione
5. Osservazioni sui comportamenti non verbali		

2.4 IL QUADRILATERO SISTEMICO

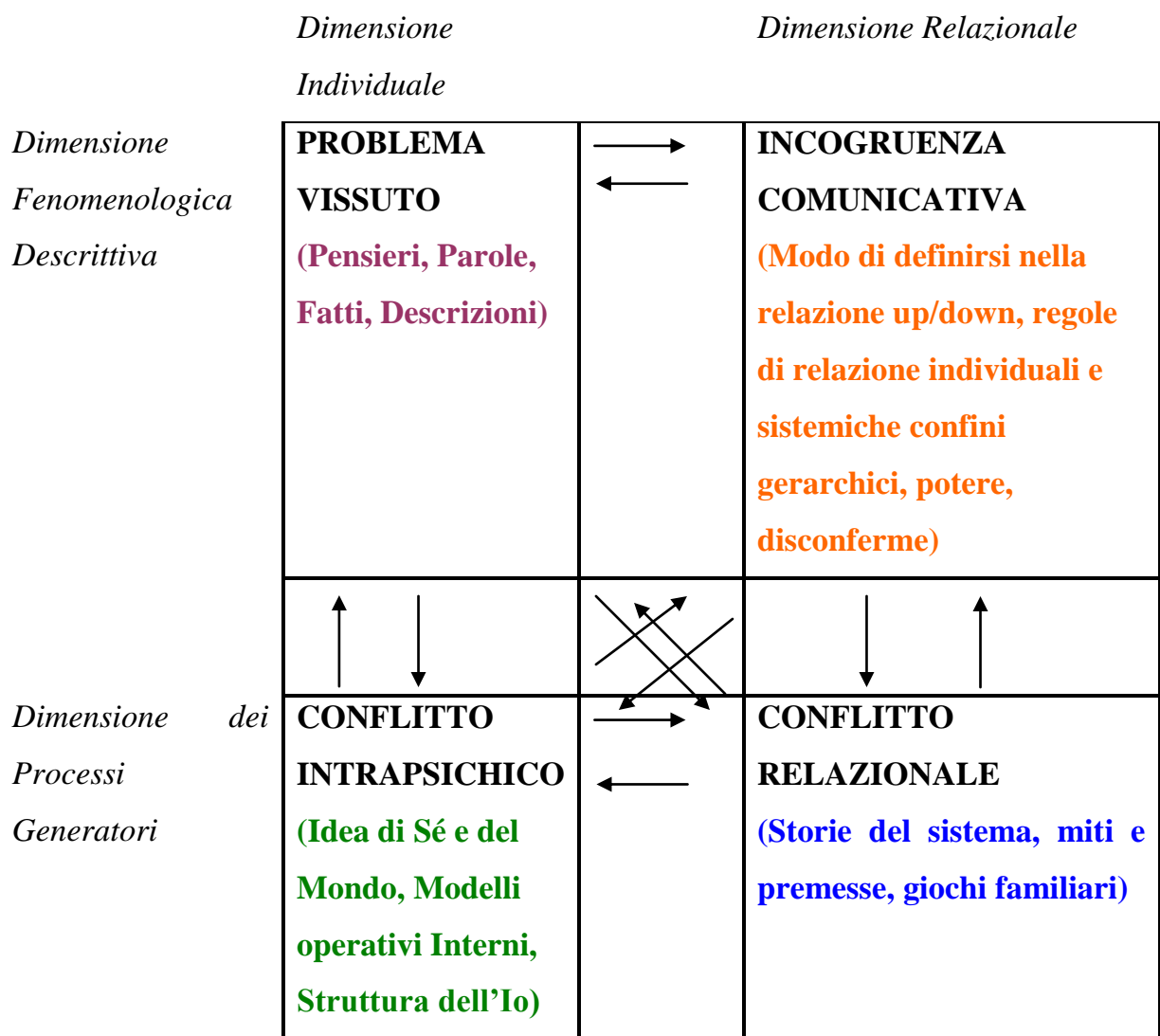
Il “quadrilatero sistemico” è uno strumento nato dall'osservazione della Terapia Sistemica che facilita la costruzione di ipotesi complete e l'integrazione di differenti ottiche di lavoro con specifico riferimento alla “terapia sistemica individuale” (Mosconi, 2004, 2008a).

Riporterò di seguito alcune parti dell'articolo “Quadrilatero Sistemico : una storia per narrare altre storie” (Mosconi, Tirelli e Neglia 2013).

Tale strumento è costituito da quattro livelli logici interconnessi:

- il problema vissuto
- il conflitto intrapsichico
- l'incongruenza comunicativa
- il conflitto relazionale.

E si esemplifica nella figura sottostante (Mosconi 2004, Rev. da Tirelli e Neglia 2007):



Il lato sinistro del Quadrilatero permette di riflettere sulle dimensioni individuali ed, il lato destro, su quelle relazionali.

La parte superiore, descrive la dimensione visibile del problema che chiameremo fenomenologico-descrittiva, mentre la parte inferiore quella non vista o delle dinamiche profonde che chiameremo dei processi generatori.

Si hanno, così a disposizione quattro livelli di descrittivi:

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

I vantaggi dell'utilizzo del Quadrilatero sistemico per la terapia sistemica sono il mantenere, costantemente e contemporaneamente, attiva l'attenzione del terapeuta all'Individuo ed al Sistema. L'attenzione all'Individuo va posta al suo vissuto, al suo livello di sofferenza, al suo modo di descrivere, alle sue aree semantiche significative ed al suo sistema percettivo-reattivo prevalente ed, infine, a come tutto ciò si coordina con la funzione occupata da quella singola persona nel Sistema. Per il Sistema, invece, va posta alla funzione occupata da ciascuno, alla complementarità delle varie funzioni e alla storia del gioco familiare collettivamente co-costruito. Questo può migliorare, secondo gli autori, la capacità del terapeuta di mantenere l'attenzione ben equilibrata su tutto l'insieme, modellandosi su chi ha davanti ed influenzando positivamente su altri aspetti della conduzione della seduta, come potrebbero essere la scelta dei temi dell'intervista con il paziente e/o con la famiglia. Essi seguiranno un continuum che, dall'espressione del disagio individuale, porterà verso i temi relazionali, ponendo maggiore attenzione ad un procedere progressivo dei temi connesso e senza salti. Inoltre l'analisi del problema e la costruzione dell'ipotesi che dovrà percorrere temi adatti a ricoprire tutti i livelli (Mosconi e Tirelli,1997; Gonzo, Mosconi e Tirelli, 1999),

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

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

- Come viene descritto il problema da ognuno?
- Come il paziente designato descrive se stesso ed il suo sistema?
- Come il sistema descrive se stesso ed il paziente designato?
- Quali comportamenti conseguono e costruiscono il problema?
- Quali aspetti e comportamenti, poi, ogni terapeuta ritiene maggiormente rilevanti?

B) **CONFLITTO INTRAPSICHICO**: descrive gli stati d'animo, il modo di porsi nella relazione e riunisce tutte le osservazioni che possono essere fatte a livello individuale sul paziente e sui diversi componenti del Sistema.

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

- Cosa dice e fa ognuno?
- Quali le maggiori incongruenze nella definizione della relazione reciproca?
- Quali incongruenze rinforzano maggiormente il problema?
- Quali soluzioni cercate rinforzano maggiormente il problema? In questo livello di descrizione devono essere inclusi sia i comportamenti/soluzioni attuati dal Sistema, sia le azioni derivanti dalle proposte del Sistema Terapeutico.

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

Le domande:

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

Gli ultimi due livelli di osservazione (Incongruenza Comunicativa e Conflitto Relazionale), prettamente sistemici, vengono ben illustrati dall'approfondimento dei temi base o "pilastri" fondanti l'ipotesi sistemica, presentati precedentemente (Mosconi e Tirelli, 1997; Gonzo, Mosconi e Tirelli, 1999).

2.5 LE CONNESSIONI TRA TERAPIA SISTEMICA E EMDR

L'EMDR, come presentato nel primo capitolo, rappresenta per i terapeuti sistemici una delle "tecniche d' impatto" le quali costituiscono, non solo degli strumenti di raccolta di informazioni utili al terapeuta per sviluppare l'ipotesi sistemica, ma anche delle strategie che favoriscono la mentalizzazione ed i processi di cambiamento all'interno del sistema familiare.

Le "tecniche di impatto" non sono classiche del "Milan Approach", che ha come nucleo la costruzione dell'ipotesi e la gestione triadica delle sedute, ma esse possono essere validamente integrate in quest'approccio, anche nella loro forma incompleta. Le informazioni e le retroazioni ottenute dal loro utilizzo

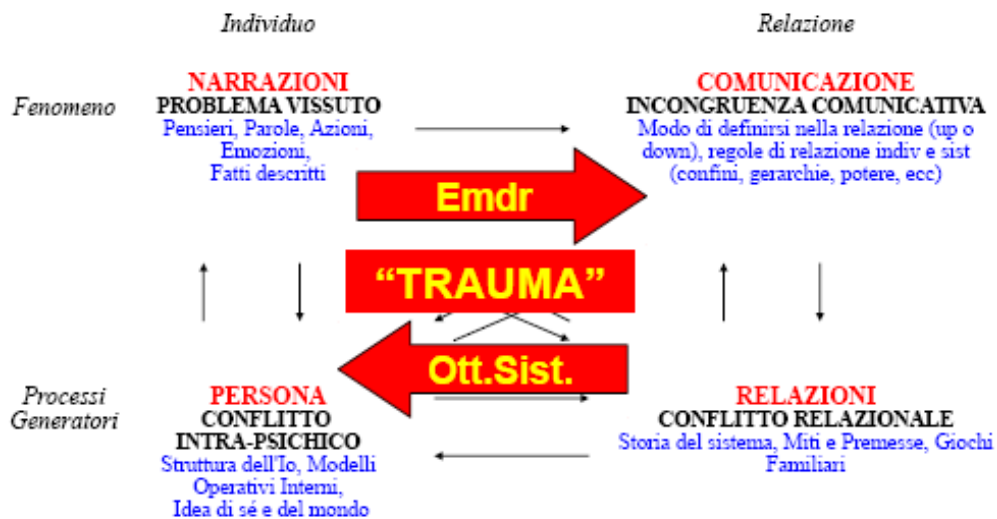
possono permettere l'utilizzo delle domande triadiche, ipotizzanti, riflessive e contribuire così alla raccolta di dati utili alla costruzione dell'ipotesi sistemica. L'EMDR e l'ottica sistemica sembrano intersecarsi quasi perfettamente in quanto la tecnica della stimolazione oculare affronta la rielaborazione dei traumi e ne facilita la desensibilizzazione attraverso la sollecitazione dei ricordi associati. Essi inevitabilmente si indirizzeranno verso i contesti relazionali che li hanno provocati e permessi.

La terapia sistemica concentra la propria attenzione sui contesti relazionali generatori dei traumi per analizzare, evidenziare e, successivamente rielaborare le dinamiche che li hanno permessi.

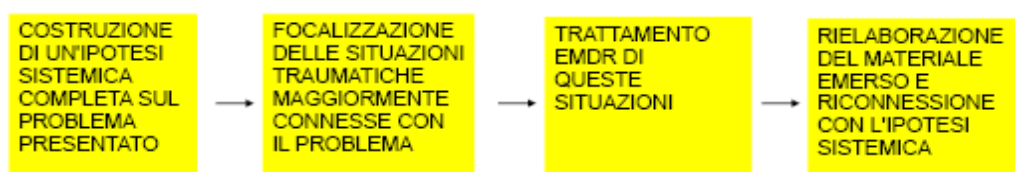
L'integrazione tra le due potrebbe essere sull'elaborare il trauma e diminuirne la patogenicità, attraverso la connessione con altri ricordi che permettano di affrontarlo, esprimerlo, contestualizzarlo e storicizzarlo.



Mosconi et al. sostengono che sia interessante notare che, se si procede dall'ipotesi sistemica verso la rilevazione delle situazioni conflittuali connesse all'emergere del "sintomo" o dalla situazione traumatica verso i ricordi associati, la persona arriva a rievocare le medesime situazioni.



L'ipotesi degli autori di questo intervento, proposto al congresso di Roma con tema "l'EMDR e le Relazioni," riguarda la costruzione dell'ipotesi sistemica del problema preparata "in modo mirato" per il materiale mnemonico che, successivamente, potrà venire elaborato più facilmente con l'EMDR. La costruzione di un intervento integrato può avvenire come esemplificato dalla figura sottostante:





L'EMDR può dare all'ottica sistemica una via di accesso più veloce al trauma, dove altre tecniche conservative sembrano non arrivare, e diventare uno strumento potentemente efficace nell'installazione delle risorse che rendono disponibili le persone a una conversazione più fluida.

Questo, come descrive Mosconi nel poster proposto al convegno a Roma intitolato "EMDR Trauma e Relazioni" nel settembre 2011, può essere un vantaggio nelle sintomatologie ego distoniche e nei traumi gravi soprattutto se oggetto di "segreti" familiari, lì dove la verbalizzazione è difficile.

Anche l'ottica sistemica può dare al protocollo dell'EMDR una maggior conoscenza dei giochi relazionali che favoriscono i traumi e una loro più precisa individuazione nei traumi diffusi alla luce delle teorie sul doppio legame e sulla triangolazione.

Sono possibili alcune integrazioni tra le EMDR e Terapia Sistemica, attraverso l'uso del diario di bordo, presentato nella parte iniziale di questo capitolo, il quale predispose il paziente ad una successiva seduta di EMDR.

Inoltre per esemplificare meglio le connessioni esistenti Mosconi ripropone il Quadrilatero Sistemico con EMDR.

Dimensione Individuale

Dimensione Relazionale

Dimensione Fenomenologica Descrittiva

Dimensione dei Processi Generatori

<p>PROBLEMA VISSUTO (Pensieri, Parole, Azioni, Emozioni, Fatti)</p>	<p>→ ←</p>	<p>INCOGRUENZA COMUNICATIVA (Posizione occupata nel sistema up/down, Alleanze, potere, disconferme subite)</p>
<p>↑ ↓</p>	<p>ENDR E T. SIST.</p>	<p>↓ ↑</p>
<p>CONFLITTO INTRAPSICHICO (Target, Emozioni, Sensazioni Corporee, Idea negativa e Positiva di Sé)</p>	<p>→ ←</p>	<p>CONFLITTO RELAZIONALE (Conflitti non risolti tra i membri del sistema)</p>

CAPITOLO 3

DISCUSSIONE DI UN CASO CLINICO

Il lavoro che presenterò di seguito nasce da una consulenza richiesta dal Dr. Aldo Amato, medico dentista, con il quale collaboro come psicologa dal Gennaio 2011. In questa sede mi occupo di odontofobia e pedo-odontofobia, disturbi da stress acuto o disturbi d'ansia, generalmente in pazienti adulti, con consulenze e trattamenti individuali.

I primi di Maggio 2013 il Dr. Amato con tono preoccupato mi espone il caso di una ragazza di 28 anni con un bruxismo gravissimo, a cui è difficile inoltre intervenire a livello odontoiatrico e mi dice *“secondo me c'è dell'altro...”*.

L'appuntamento verrà dato dalla segretaria dello studio per il 13 maggio 2013 alle ore 18.

3.1 I NOSTRI INCONTRI

La sera del nostro primo incontro davanti a me si presenta una ragazza tutta vestita di nero, capelli sporchi lunghi sul viso, sguardo fisso a terra, magra e mi saluta con voce molto bassa.

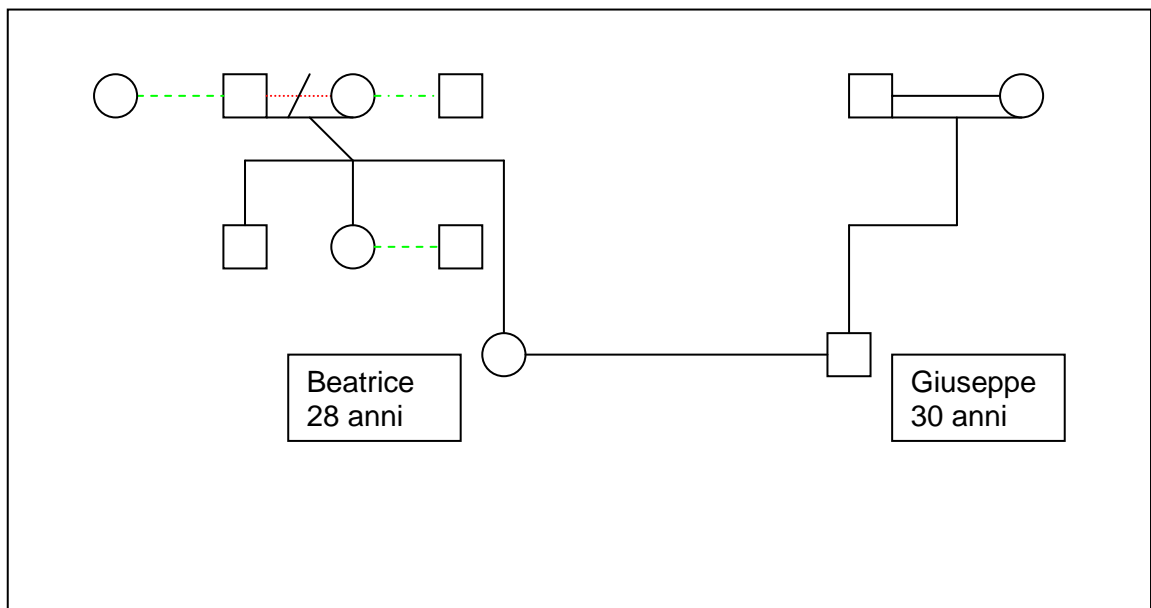
La accompagno nel posto in cui avremmo fatto la seduta, mi segue da dietro, anche se io cerco di camminarle a fianco, ci sediamo e dopo averle spiegato il setting, le chiedo se sapeva o ipotizzava il motivo per cui il dottore aveva pensato ad una psicologa, e lei mi risponde tenendo la mascella molto contratta *“per il mio bruxismo...”*. Le rispondo di sì e da lì comincio l'indagine del problema, e lei dice, sempre molto accondiscendente, che il problema del digrignamento dei denti è cominciato 10 anni fa, assieme ad un disturbo del sonno importante, adesso appianato con l'uso di sanax e exotan, *“proprio nel momento in cui la situazione familiare è degenerata, hanno*

avuto una separazione giudiziaria, con violenza fisica e psicologica per entrambi i miei genitori.”

Le chiedo a termine del primo incontro come si è trovata e se voleva continuare, lei dice che si è trovata “*non giudicata*” e che sarebbe voluta venire, con l’obiettivo di comprendere il motivo per cui “*quando arriva a casa mio marito e si mette davanti alla televisione o al computer io mi sento rifiutata e poi mi monta una rabbia indescrivibile e mi devo grattare un braccio...*”.Alza la maglia ed il braccio è pieno di crosticine.

3.1.1 IL GENOGRAMMA FAMILIARE

La costruzione del genogramma è avvenuta in seguito alla presentazione della storia del problema.



Vi presento di seguito le informazioni che ho raccolto in questi incontri e che mi hanno portato a formulare la prima ipotesi plausibile per Beatrice (seguendo i pilastri dell’ipotesi di Mosconi e Tirelli (1997).

3.1.2 LA STORIA DEL SISTEMA E DI BEATRICE

Beatrice nasce nel 1985, è primogenita di tre fratelli, ha una sorella di nome Annalisa di 26 anni ed un fratello di 18 anni.

Il padre, Dario di 59 anni, è Consulente Ispettore per la qualità in alcune aziende e la madre Margherita di 53 anni, lavora in Posta.

Attualmente Dario sta con una signora molto gentile, con il quale Beatrice afferma di avere un buon rapporto.

I suoi genitori si sono separati 6 anni fa dopo una *“lotta di 10 anni all’ultimo sangue tipo guerra dei Roses”* afferma Beatrice nel primo incontro *“anche se non avrebbero mai dovuto sposarsi perché fin da quando ero piccola ricordo gli scatti d’ira di mio papà nei confronti di mia mamma e di come mamma mi faceva andare a vedere se il papà era ancora arrabbiato”*.

Dopo la separazione la madre entra in una forte depressione e tenterà il suicidio due volte, in entrambe Beatrice si ricorda di telefonate della madre in cui la intimoriva dicendo *“adesso la faccio davvero finita, anche se vieni qua mi troverai morta, con tutta la strada che devi fare...”* ma lei riusciva a salvarla, ma la madre diceva spesso anche durante il salvataggio *“se fossi qui potresti.....ma tu hai la tua vita vai vai....”*.

Dopo 6 mesi dalla separazione Margherita comincia a frequentare quello che diventerà il suo attuale compagno, uomo molto buono con il quale Beatrice ha un buon rapporto e che durante i tentati suicidi lei si sentiva di chiamare per essere aiutata.

Attualmente convivono di giorno a casa di lei, ma alla sera lui torna a dormire a casa sua.

Beatrice si descrive come molto insicura, ma anche intransigente, adesso lei parla poco con la mamma e per niente con il papà.

Novem anni fa lei si era iscritta all’università e lavorava per mantenersi gli studi perché *“non voleva essere un peso in una situazione già pesante”*, ma a

seguito di pressioni familiari decide di abbandonare l'accademia di Belle Arti di Firenze, dove viveva, per dedicarsi completamente alla casa e ai fratelli.

Ma nel momento in cui spiega questo ai genitori la madre le dice *“sei un fallimento”*. A questa frase si aggiunge l'eco della nonna che tutt'ora le ricorda di aver infranto un sogno della famiglia.

Nei primi incontri lei ha due lavori, il primo in una impresa di pulizie e l'altro, una volta alla settimana, in un negozio di pitture e restauro, dove ha un debito di 400 euro, spesi per oggetti che le sarebbero serviti in un futuro da restauratrice.

All'età di 7/8 anni ha avuto una crisi di pianto fortissima, ma nel giro di pochi giorni si è risolta.

A 13 anni ha avuto una nuova crisi, ai quali i genitori hanno retroagito portandola in neuropsichiatria e per i giorni del ricovero non sono mai andati a trovarla.

Nel periodo iniziale della scuola superiore le è venuto uno sfogo cutaneo grave, accompagnato da alopecia lieve.

A 16 anni ha avuto dei problemi grossi con il cibo, soprattutto nella digestione, a cui i genitori non le hanno mai creduto, e *“mi sono sentita rifiutata”*; neanche dopo che le è stata diagnosticata la celiachia i suoi genitori evitato particolari cibi.

Con la sorella ha sempre avuto un rapporto unito, ma talvolta in conflitto, perché lei era la sorella che non dava problemi adolescenziali, mentre Annalisa *“li faceva davvero dannare”*. L'ha sempre stimata per la sua capacità di dire la sua senza problemi.

Annalisa tra il secondo e il terzo incontro dichiarerà a Beatrice di essere incinta e se *“per piacere puoi dirlo tu alla mamma”*.

Il fratello di 18 anni, è sempre stato il “cocco della mamma” anche se con lui, entrambe le sorelle, hanno cercato di fare da scudo nei conflitti accesi.

La situazione familiare sembra peggiorata proprio dalla nascita di questo fratello.

Nel 2008 Beatrice doveva sposarsi con un uomo di Montebelluna (TV) con cui stava costruendo una casa intestata all'uomo e in cui lei aveva messo tutti i suoi risparmi. Ma ad un mese dal matrimonio Beatrice scopre che lui ha un'altra vita a Zurigo, è già sposato e ha anche dei figli.

A Beatrice crolla il mondo, da lì per un anno non frequenterà nessun uomo, a solo un ragazzo riesce a confidarsi e a sentirsi a suo agio, Giuseppe, il suo primo fidanzato delle superiori, che conosce al tempo dello scoutismo, con il quale si sposa nel 2011.

Giuseppe ha 30 anni ed è figlio unico.

La madre di Giuseppe, 60 anni, da sempre casalinga e dedita al figlio, tutt'ora prepara la cena al figlio che Beatrice va a ritirare a casa loro. Soffre di depressione e il marito chiama Beatrice ogni sera *“dai vien so a farghe compagnia a to suocera puaretta”*. Beatrice vorrebbe dire di no, ma non riesce e ogni sera, appena ritorna a casa, va giù dalla suocera. Quando si sono sposati Giuseppe ha detto a Beatrice che non si sarebbe mai allontanato da casa dei suoi genitori viste le problematiche della madre e potevano sistemare l'appartamento sopra l'abitazione dei suoi. Per accedere a questa casa vi è una scala esterna che passa sopra la finestra dei suoceri.

Il padre 66 enne, è in pensione, sta spesso fuori con gli amici, specialmente la sera e Beatrice dice *“appena mi vede rientrare lui esce”*.

3.2 IPOTIZZAZIONE

Al termine del secondo incontro dico a Beatrice ciò che mi era venuto in mente in termini di ipotesi del suo sistema familiare e che sarebbe stata lei a darmi delle dritte sulla sua plausibilità.

Beatrice in questo periodo del suo ciclo vitale, in cui ha costituito una sua famiglia e comincia a pensare a volere un bambino, sta cominciando, soprattutto grazie ai comportamenti del marito, a mettere in discussione la sua

funzione down nel mondo, avvenuta per deuterio apprendimento dalla sua famiglia d'origine e trasportata con i suoceri, datori di lavoro e marito.

Il fatto che il marito, appena torni a casa, non la guardi, le stava dando una grossa opportunità.

3.3 TRATTAMENTO CON EMDR

Dopo l'esplicitazione della mia ipotesi, la quale è stata confermata nella sua plausibilità dalla paziente, ho fatto alcune domande del tipo *“In quali altre situazioni traumatiche non si è sentita vista?”*. Beatrice mi risponde a 13 anni, ai 16 anni, ma soprattutto il ricordo peggiore è stato quello della mamma che le dice *“sei una fallita perché ho lasciato l'università, non hanno capito il vero motivo per cui l'ho fatto, cioè loro, e me lo hanno rinfacciato”*.

Cogliendo da parte di Beatrice, attraverso l'osservazione del suo comportamento non verbale, un grosso blocco emotivo, decido di introdurre la tecnica dell'EMDR, gliela illustro e poco dopo installiamo il posto al sicuro *“un albero, la cui ombra assomigliava a due braccia e lei si metteva lì e si sentiva bene in quell'abbraccio”*.

Successivamente ho applicato il protocollo EMDR.

Riporto di seguito i target trattati nelle tre sedute individuali.

PRIMO TARGET: Beatrice arriva a casa e seduta a tavola c'è la mamma e la nonna materna, bevono un caffè. Lei entra e si siede con loro nel posto in angolo e dice *“mi sono tolta dall'università..”* e la mamma con disprezzo la guarda in faccia e le dice *“sei una fallita mi fai schifo”*

IMMAGINE PEGGIORE: viso della madre e frase

CN io sono una fallita

SUD 10

CP io vado bene

VOC 1

EMOZIONI Rabbia

LOCALIZZAZIONE CORPOREA Petto e polmoni

Durante l'elaborazione di questo target sono emerse alcune informazioni significative partendo dalla sua immagine peggiore, infatti la sua desensibilizzazione è spesso legata al pianto e a brevi frasi apparentemente sconnesse da chi ascolta. La seduta rimane incompleta perché, ad un certo punto, lei dice *“non so perché ma adesso sono con mio papà....”*, eseguo altra stimolazione, lei si blocca guarda per terra e alza la mano e mi fa cenno con la testa di non continuare. Le dico che non necessariamente deve dirmi quello che vede, ma solo l'emozione. Lei sempre guardando per terra dice *“...paura di mio papà, prima no e dopo sì”*. Per quel giorno non dirà più una parola, va via piangendo.

All'inizio della seconda seduta in cui avremmo fatto EMDR Beatrice mi dice che quella domenica era stata dal papà con Giuseppe e ha anche bevuto un caffè, ma nel contatto anche casuale con lui aveva una reazione di irrigidimento.

La sorella Annalisa le ha telefonato per dirle che doveva andare a dire a sua madre che era rimasta incinta di Michele. Lei non aveva ancora telefonato perché si era innervosita dalla richiesta.

Inoltre ha fatto un *“sogno di un rubinetto”* che si apriva lentamente, ma lei tentava di chiudere perché non doveva uscire nessuna goccia d'acqua. Questo rubinetto diventava sempre più grande e prendere la manopola per chiuderlo

era sempre più difficile. Si sveglierà di soprassalto.

Altri target emersi nel secondo incontro di EMDR, partendo dall'ultima immagine con la quale c'eravamo lasciati, sono il racconto di una lite furibonda tra mamma e papà in una notte fredda: i genitori sono giù in salotto che litigano, lei scende le scale e vede che si stanno mettendo le mani addosso, lei si mette in mezzo, e poi scappa. Il papà la rincorre, la scaraventa sugli ultimi gradini delle scale e le tira un pugno sulla mascella. A mio avviso potrebbe essere riconducibile al bruxismo, come sintomo psico-somatico portato.

La mamma guarda la scena e non dice nulla né in quel momento né mai.

Dopo altre stimolazioni si collegano altri ricordi traumatici, sempre successi di notte (insonnia altro sintomo psico-somatico portato dalla ragazza) mentre tutti gli altri fratelli dormivano.

Beatrice sta dormendo, è notte, ad un certo punto sente un gran fracasso e qualcuno che pesantemente sale le scale, il cuore comincia a pomparle all'infinito, il padre entra in camera sua, la prende per i capelli e la porta in bagno ad annusare gli assorbenti sporchi della madre e gli dice *“senti il profumo dello sperma dell'amante della troia di tua mamma??!!!”*

Una domenica avviene un'altra lite violenta, Beatrice di nuovo prende le parti della mamma, la quale la istiga ad andare contro il papà e lui prende un vaso di vetro e glielo spacca in testa a Beatrice.

La sessione rimane incompleta perché il tempo era scaduto.

SUD 4

VOC 4

Alla fine mi dice che è “sottosopra, ma che era anche contenta perché tutte queste cose non le aveva mai dette a nessuno perché ogni volta che ci provava rimanevano incastrate da qualche parte”.

All’inizio del nostro terzo incontro, in cui saremmo andate avanti con le stimolazioni tattili, mi riporta che quelle cose che sono emerse nell’EMDR le ha riportate al fidanzato che ha retroagito abbracciandola e baciandola sulla bocca. Questa reazione lei non se la sarebbe mai aspettata, si sarebbe immaginata la scena in cui lui continuava a guardare l’ipad.

Ha fatto un sogno di un fiume in piena e lei sta facendo windsurf, talvolta cade e sente di soffocare, ma poi si ritrova a letto sveglia.

Mi guarda negli occhi stavolta e sa già da che cosa vorrebbe partire, perché quelle immagini non le sente più vivide.

IMMAGINE: Rientro a casa, il gatto non mi ascolta e fa quello che vuole, tipo rovesciare le crocchette che ho appena messo.

IMMAGINE PEGGIORE: Non c’è una vera e propria immagine, bensì la sensazione interna di qualcosa che scotta, poi le monta una rabbia disumana e vorrebbe dargli un sacco di botte. Beatrice si blocca e comincia a grattarsi il braccio destro fino a vedere sangue.

CN Sono Cattiva

SUD 8

CP io sono buona

VOC 1

EMOZIONI Rabbia e Disgusto

LOCALIZZAZIONE CORPOREA Mani

Durante l'elaborazione di questo target sono emersi ricordi legati a una litigata tra la lei e la sorella all'età di 17 anni e mezzo, in cui per una sciocchezza la sorella le dice *“sei proprio cattiva, non vedi che è la mamma a tormentare il papà?!”* *“Stai facendo da mamma alla mamma e da matrigna al papà...si lasceranno per colpa tua”*. A Beatrice monta la rabbia, le prende le braccia e sente che la pelle della sorella quasi si smaterializza e può sentire l'osso.

Un altro ricordo in cui hanno più o meno 10 anni, la mamma sta picchiando la sorella e Beatrice rimane a guardare e non fa nulla *“mi sento in colpa e cattiva, ma ero bloccata”*.

Poi questo ricordo iniziale comincia a svanire e compaiono elementi del passato prossimo: il capo dove lavora per pagare i debiti del materiale per restaurare, un giorno di tre anni fa l'ha presa per mano, non in modo brusco, ma la porta in magazzino (durante la stimolazione comincia a piangere a dirotto, ma questa volta vuole continuare), la blocca per le braccia fortemente, le mette le mani sui genitali di lui, lei cerca di allontanarsi, ma si sente bloccata, non può fare nulla e neanche la voce le usciva. Si sente in colpa perché pensa che abbia fatto lei qualcosa per provocarlo. Le torna in mente di quando l'ha detto a sua sorella e Annalisa le ha ribadito il fatto che non riusciva a fermarlo, e che forse non lo voleva.

Successivamente la sua mente la porta agli sguardi tra lei ed il fratello soprattutto quando le situazioni in casa erano davvero critiche e lei lo doveva lasciare a casa per andare all'università o a lavoro. E all'ultima volta che è andata a prenderlo a scuola, da cui erano passati molti mesi.

A termine di questo incontro SUD 0 VOC 7

COGNIZIONE POSITIVA cambiata in IO POSSO

SCANSIONE CORPOREA: calore sulle braccia “tipo abbraccio”

All'incontro successivo non porta nessun sogno, perché ha dormito dall'ultimo EMDR tutta la notte senza psicofarmaci in quanto si è dimenticata di prenderli. Era molto orgogliosa di sé, capelli puliti e lo sguardo sempre fugace, ma molto più grintoso. Vestiti Neri, ma scopre i tanti tatuaggi.

Mi riporta che è andata a prendere suo fratello a scuola come una sorpresa, e mentre lo portava a casa lei gli ha detto “TI VOGLIO DAVVERO BENE”. E lui ha risposto “ANCH'IO....anzi GRAZIE....GRAZIE DI TUTTO!”.

A Giuseppe ha raccontato tutti i target, anche quelli del capo, a cui lui ha risposto “*quanti soldi mancano a finire il debito?!*” lei “150” e lui “*Vado io a portarglieli e tu non vai più lì*”.

Da questo incontro partendo dal materiale emerso con EMDR che abbiamo riconnesso all'ipotesi iniziale abbiamo riflettuto sulla sua idea di sé iniziale che tendeva a confermare con la ricerca di relazioni disfunzionali.

3.4 CONCLUSIONI

Riprendendo l'ipotesi di percorso terapeutico proposto da Mosconi ho cercato di fare un breve riassunto del percorso fatto fino a questo momento.

PERCORSO TERAPEUTICO	IL CASO DI BEATRICE
qual è il problema	BRUXISMO e INSONNIA
come si definisce nella relazione	DOWN
persone e contesti inclusi nella narrazione (personaggi ed interpreti)	GIUSEPPE E SUOCERI FAMIGLIA D'ORIGINE LAVORO
sofferenza attuale	MARITO TORNA A CASA E SI SIEDE CON L'IPAD
idea di sé e del mondo	Sé: FALLITA, MERDA, CATTIVA, INSICURA Idea del Mondo: E' PERICOLOSO PERCHE' DEVO STARE ATTENTA E GIUSTIFICARMI ALTRIMENTI NON SONO CREDUTA.
parole chiave	SONO PAZZA? SONO UN CASO DISPERATO?
Da quanto tempo	QUASI DA SEMPRE
quando la prima volta	A 7/8 ANNI
le situazioni peggiori	MAMMA DICE "SEI UNA FALLITA"
cosa hai fatto e pensato tu	B. HA CERCATO DI GIUSTIFICARSI, NON ESPRIMENDO I PROPRI

	PENSIERI. HA PENSATO CHE LA ROVINA DELLA FAMIGLIA.
cosa hanno fatto e pensato gli altri	HANNO PENSATO CHE NO RIUSCIVA A PORTARE A TERMINE QUELLO IN CUI ANCHE LORO AVEVANO MESSO I LORO SACRIFICI.
come te lo spieghi	NON HANNO COMPRESO CHE LO STAVA FACENDO PROPRIO PER LORO
Come fare domani?	COMINCERÀ A DIRE PICCOLI NO.
In che fotografia vorresti essere tra un mese e/o tra un anno?	TRA UN ANNO VORREBBE ESSERE DIVENTATA MADRE IN UNA CASA SUA e DI GIUSEPPE.
Quale piccola cosa puoi cambiare fin da ora?	CERCARE DI ALZARE UN PO' LO SGUARDO

Nell'incontro successivo avvenuto dopo una quindicina di giorni, rispetto ai primi incontri che avevano un frequenza settimanale, mi riporta che ha cominciato a mettere dei paletti, il primo dei quali alla sorella alla quale ha detto di arrangiarsi e di andare ad affrontare il discorso gravidanza e conseguenze da sola con la mamma.

Il secondo paletto lo mette ai suoceri in quanto sente di avere molti meno sensi di colpa nel dire loro dei no, alle loro richieste pressanti di andare a trovare la suocera e che adesso lo faceva quando sentiva veramente la voglia di farlo.

Questa possibilità, di scegliere lei stessa le cose, non l'aveva mai presa in considerazione e cercava di fare di tutto per accontentare gli altri, anche cercando di interpretare i loro pensieri e desideri.

In questa sede abbiamo riflettuto sulla de-colpevolizzazione dei genitori, specialmente del padre. E' stato ipotizzato che entrambi non potevano vedere né lei né i suoi fratelli in quanto accecati dalla rabbia reciproca.

Il padre era confuso dall'aver perso il controllo della situazione familiare, il mito della famiglia da mulino bianco gli è crollato addosso come un macigno quando ha scoperto che la moglie si era accompagnata ad altri uomini, perciò lui aveva una battaglia da combattere e tutto ciò che si metteva tra lui e lei lo poteva anche distruggere.

La mamma dal canto suo non sapeva comprendere le emozioni che provavano i figli perché a sua volta non aveva mai avuto l'esperienza di una madre comprensiva, bensì svalutante e talvolta distruttiva.

A settembre di quest'anno ho rivisto Beatrice sempre presso lo Studio Dentistico del Dr. Amato, ha un passo deciso, è truccata e ben vestita, mette in mostra i numerosi tatuaggi che neanche sotto caldo torrido avevo visto.

Beatrice si accomoda con maggior disinvoltura di come l'avevo lasciata a luglio, e per l'intero incontro mi guarda negli occhi mentre conversiamo.

La sua narrazione comincia da una domenica in cui è andata a trovare il padre, da sola questa volta, e che aveva la sensazione che "i suoi occhi vedessero un altro papà", hanno parlato tanto e alla fine si sono abbracciati. Non si sentiva più in imbarazzo e non sentiva quella sensazione di "non so che" legata al fatto di non poter scegliere cosa fare, si sentiva competente, perché sapeva che in qualsiasi momento avrebbe potuto scegliere di prendere e andarsene oppure fare altre domande.

Mentre da parte della mamma che non sentiva da un bel po', c'è stata una telefonata nella quale le chiedeva "*se gentilmente le poteva decorare una*

parte della casa". Questo anche se non era seguito alcuna lode Beatrice lo porta come una grande cosa che aveva fatto sua mamma perché *"lei non ha i mezzi per dirmi che sono stata brava, perché veramente sono stata brava, però già il fatto di chiedermi di fare una cosa con le mie mani nella sua casa mi sembra un riconoscimento."*

Interessante come Beatrice una volta diventata il genitore di sé stessa, abbia cambiato la sua idea di sé e del mondo circostante.

L'argomento successivo è stato il sesso con il marito, era contentissima mentre mi diceva *"mi sono lasciata andare, ho avuto il mio primo orgasmo vero"*, e ad oggi *"quando lui si accende l'ipad non mi importa e mi prendo i miei spazi"*.

Mi dice con fierezza di sentirsi *"pronta di diventare madre"*, come se avesse avuto l'esigenza di comprendere le sue forze performative per poi impegnarsi in quelle generative, come direbbe il Mariotti(2004).

Data la sua presa di consapevolezza della sua funzione all'interno del sistema e dell'aver possibilità di scelta decide di farcela fare da sola, e se avesse avuto bisogno ancora si sarebbe fatta sentire.

Prima di salutarci però mi dice che la sorella Annalisa, incinta si è lasciata con il fidanzato, sta male e litiga fortemente con la mamma, soprattutto da quando lei ha smesso di fare da zerbino-cuscinetto a loro.

A fine settembre 2013 mi chiama la sorella Annalisa in lacrime per un appuntamento nello studio privato.

In conclusione il protocollo di EMDR qui utilizzato ha permesso di riattivare in modo molto rapido e diretto il sistema di elaborazione dell'informazione di Beatrice e di aprire le sue connessioni neurali a nuovi apprendimenti e di creare legami con le nuove informazioni.

Tutto questo però a mio avviso è stato possibile perché la costruzione dell'ipotesi aveva già posto le basi per facilitare la connessione di informazioni che sarebbe seguita dalla stimolazione oculare. Infatti tutto ciò

ha permesso di focalizzare l'attenzione su quei nodi problematici specifici per Beatrice, i quali creavano un blocco, una fossilizzazione nella sua idea negativa di sè, che le faceva collezionare esperienze e relazioni che confermavano la sua posizione down nel sistema.

Successivamente all'EMDR è stato possibile riconnettere il materiale emerso con l'ipotesi iniziale e ciò ha dato l'opportunità a Beatrice di formulare nuove risposte adattive sia a livello emotivo (più tranquillità), somatico (bruxismo diminuito, insonnia cessata, comportamenti autopunitivi cessati, non più secchezza vaginale) sia a livello relazionale.

Su questo punto infatti l'ipotesi ed il materiale di EMDR non hanno dato solo la possibilità di scegliere di mettere o non mettere paletti tra lei e il mondo, ma anche di riuscire a tollerare le conseguenze che questo cambiamento le portava, per esempio nella situazione in cui la mamma non si fa sentire per un periodo dopo una litigata, durante la quale Beatrice aveva restituito quello che era compito della madre e quello che era il suo compito di figlia. Beatrice non vive alcun senso di colpa bensì di pace.

La costruzione dell'ipotesi ha permesso, anche a me terapeuta, di avere un approccio curioso nei confronti di questi genitori così presi dal loro conflitto per non accorgersi dei figli, di co-depatologizzarli e co-decolpevolizzarsi, anche se non è stato un percorso semplice, soprattutto data la mia scarsa esperienza e i miei pregiudizi in termini di maltrattamenti psicologici o abusi.

La scelta di utilizzare l'EMDR è stata dettata dal fatto che sentivo un blocco emotivo molto importante e di aver bisogno di una tecnica che me lo sbloccasse in tempi abbastanza rapidi, sia per ciò che mi aveva dato come incarico il medico dentista, cioè "*qualche consulenza*", sia per una mia scarsa tolleranza alla frustrazione di vedere una ragazza che per le mie premesse si stava facendo del male nel tenersi qualche mattone sulla pancia.

E' stata un'esperienza notevolmente interessante che ha impresso ancor di più nella mente la frase di .Mosconi (2008, 2008b) *“Fa una buona ipotesi e fai quello che vuoi”*.

BIBLIOGRAFIA

A

- Ammaniti M. (2006) *Psicoterapia e modificazioni neurologiche*. In Dazzi N., Lingiardi V., Colli A. *La ricerca in psicoterapia. Modelli e strumenti*. Milano, Raffaello Cortina Editore.
- Aurilio, R., (1999) *Il genogramma nella pratica didattica*. In Galdo, G., De Crescenzo D, *Gli apprendisti stregoni II*, Ed. Cuen, Napoli,.

B

- Balbo M. (2006). *EMDR: uno strumento di dialogo fra le psicoterapie*. Milano, McGraw-Hill.
- Bateson G. (1972). *Steps to an Ecology of Mind*. Chandler Publishing Co., San Francisco; trad. it., *Verso un'ecologia della mente*. Milano, Adelphi
- Bear M. F., Connors B. W., Paradiso M. A. (2002). *Neuroscienze. Esplorando il cervello*. Milano, Masson.
- Bertrando P., Toffanetti D. (2000). *Storia della terapia familiare. Le persone, le idee*. Milano Raffaello Cortina Editore.
- Boscolo L., Bertrando P. (1993) *I tempi del tempo. Una nuova prospettiva per la consulenza e la terapia sistemica*. Torino, Bollati Boringhieri.
- Boscolo L., Bertrando P. (1996) *Terapia sistemica individuale*. Milano Raffaello Cortina Editore.
- Bowen, M. (1979) *Dalla famiglia all'individuo* a cura di Andolfi, M., De Nichilo, M. Roma, Astrolabio.
- Bowlby, J. (1989) *Una base sicura. Applicazioni cliniche della teoria dell'attaccamento*. Milano, Raffaello Cortina Editore.
- Bozzoli, C., Tamanza, G. (1988) *Family Life Space. L'analisi metrica del disegno*. Milano Franco Angeli.

C

- Canevaro, A. (1999) *Nec sine te nec tecum vivere possum. Terapia trigerazionale per le simbiosi di coppia*. In Andolfi, M *La crisi della coppia*. Milano Raffaello Cortina.
- Canevaro, A. (2005) *Approccio trigerazionale al lutto familiare*. In *Saggi Child development and disabilities*, Vol.XXXI-n.1/2005.
- Canevaro, A. (2009) *Quando volano i cormorani. Terapia individuale sistemica con il coinvolgimento dei familiari significativi*. Borla
- Casement, P. (1985) *Apprendere dal paziente*. Milano Raffaello Cortina.
- Cirillo, S. (2005) *Cattivi genitori*. Milano Raffaello Cortina.
- Cirillo, S., Selvini, M., Sorrentino, A.M. (2002) *La terapia familiare nei servizi psichiatrici*. Milano Raffaello Cortina.

F

- Fonagy P., Steele M., Steele H., Leigh T., Kennedy R., Mattoon G. (1999). *Attaccamento, Sè Riflessivo e disturbi borderline*. In Riva Crugnola C. (a cura di) *La comunicazione affettiva tra il bambino e il suo partner*. Milano, Raffaello Cortina Editore.
- Fonagy, P., Target, M. (2005) *Psicopatologia evolutiva*. Milano Raffaello Cortina.

G

- Giannantonio M. (2000) *L'efficacia della psicoterapia ipnotica e dell'Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)*. *Attualità in Psicologia*, vol.15, n. 3, pp. 336-345.
- Giannantonio M. (2001) *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) e psicoterapia del Disturbo Post-traumatico da Stress: considerazioni cliniche e linee di tendenza*. *Rivista di psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, n. 1, pp.5-23.
- Gonzo M., Mosconi A., Tirelli M. (1999) *L'intervista nei servizi socio-sanitari: uno strumento conoscitivo e d'intervento per gli operatori*. Milano Raffaello Cortina.

H

- Heiln, P. (1985) *The imagine and visual analysis of the genogram*. In Journal of Family Therapy, vol. 7, n. 3, pp. 213-229.
- Holmes, J. (1994) *La teoria dell'attaccamento*. Milano Raffaello Cortina.
- Holmes, J.(2004) *Psicoterapia per una base sicura*. Milano Raffaello Cortina.

M

- Malacrea M. (1998) *Trauma e riparazione. La cura nell'abuso sessuale all'infanzia*. Milano Raffaello Cortina Editore.
- Main, M. (1991) *Metacognitive knowledge, metacognitive monitoring, and singular (coherent) vs (incoherent) multiple modlis of attachment: findings and directions for future research*. In Marris E, Stevenson-Hinde J. & Parkes C.(Des), *Attacchment Across the Life Cicle*, Routledge,NewYork.
- Mariotti M., Bassoli F., Frison R. (2004), *Manuale di Psicoterapia Sistemica e Relazionale*. Padova, Sapere.
- Mastronardi C. (2006/2007) "Trauma da abuso e EMDR: presentazione di una ricerca in corso". Tesi di Laurea.
- Mc Goldrick, M., Carter E., (1982) *Il ciclo di vita della famiglia*. In F. Walsh (1986) *Stili di funzionamento familiare. Come le famiglie affrontano gli eventi della vita*. Milano Franco Angeli.
- Mc Goldrick, M., Gerson, R., (1985) *Genograms in family assessment*, Norton and Co., N.Y.
- Minuchin S. (1974), *Families and Family Therapy* Harvard University Press, Cambridge, Mass.; trad. it., (1981) *Famiglie e terapia della famiglia*. Roma, Astrolabio,.
- Montagano, S., Pazzagli, A. (1989) *Il genogramma*. Milano Franco Angeli.
- Mosconi A., Tirelli M. (1997) *Dalla scheda telefonica alla cartella dati*. *Ecologia della Mente*, 2: 67-93.

- Mosconi A. (2000) *Suggestioni sistemiche per un lavoro terapeutico di gruppo in strutture comunitarie: il caso di un gruppo di reparto in una divisione di lungodegenza psichiatrica*. *Connessioni*, 9: 109-121.
- Mosconi A. (2004) *Terapia relazionale-sistemica con l'individuo. Una sfida per l'integrazione di diverse ottiche di lavoro*. *Terapia Familiare*. 76: 64-68.
- Mosconi A. (2008) *Terapia relazionale Sistemica con l'individuo*. *Connessioni* n°20.
- Mosconi A. (2008a) *Terapia relazionale-sistemica con l'individuo: il "Quadrilatero Sistemico" come riferimento per la costruzione di un'ipotesi ben formata e l'integrazione di differenti ottiche di lavoro, ovvero: "fai una buona ipotesi e poi fai quello che vuoi*. *Connessioni*. 20: 55-82.
- Mosconi A., Gallo L. (2008b) *Psicoterapia sistemica di coppia: la decostruzione dei paradossi del "quid pro quo" come base di un percorso terapeutico coerente*. In: Chianura P., Schepisi L., DellaRosa A.C., Menafro M.R., Peruzzi P. (a cura di), *Le relazioni e la cura, Viaggio nel mondo della psicoterapia relazionale*. Milano, Franco Angeli, pp. 180-190.
- Mosconi A. (2011) *EMDR e Ottica Sistemica: spunti per un'interazione virtuosa - Relazione al Convegno EMDR Trauma e relazioni Roma 23 – 25 sett*
- Mosconi A., Pezzolo M., Trotta B. (2012) *EMDR as an "unblocking manoeuvre" and a possibility to install new resources into the systemicrelational approach*, 13th EMDR European Association Conference in Madrid from June 15 to 17.
- Mosconi A., Tirelli M., Neglia V. (2013) *Il Quadrilatero Sistemico: una storia per narrare altre storie*. *Terapia Familiare*. 101
- Murray R. K., Granner D. K., Mayes P. A., Rodwell V. W. (2004) *HARPER Biochimica*. Milano, McGraw-Hill.

P

- Prencipe M. (2010/2011) *EMDR: stato dell'arte e linee future di ricerca*. Tesi di Laurea.
- Protinsky H., Sparks J., Flemke K. (2001). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR): Innovative Clinical Applications*. vol.31, n.2, pp.125-134.

R

- Rossi R., Bozza G., Girotto B., Meneghetti F., Padovan D. (1984). *Principi di patologia medica*. Milano, Casa Editrice Ambrosiana.

S

- Selvini, M. (1985) *Cronaca di una ricerca*. Roma, La Nuova Italia Scientifica.
- Selvini Palazzoli, M., Boscolo, M., Cecchin, G., Prata, G. (1980), *Ipotizzazione, circolarità, linearità..* In *Terapia Familiare*, 7, pp. 7-19.
- Selvini Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M., Sorrentino, A.M. (1988), *I giochi psicotici nella famiglia*. Milano Raffaello Cortina.
- Selvini Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M., Sorrentino, A.M. (1998), *Ragazze anoressiche e bulimiche*. La terapia familiare. Milano Raffaello Cortina.
- Selvini, M. (2004) *Reinventare la psicoterapia*. Milano Raffaello Cortina.
- Shapiro F. (1995) *Eye Movement Desensitization and Reprocessing: basic principles, protocols, and procedures*. New York Guilford Press, 398 pp.
- Shapiro F. (2000) *EMDR: Desensibilizzazione e rielaborazione attraverso movimenti oculari*. Milano, McGraw-Hill.
- Siegel D. J. (2001). *La mente relazionale. Neurobiologia dell'esperienza interpersonale*. Milano, Raffaello Cortina Editore.
- Sorrentino A.M. (2008). *Il genogramma come strumento grafico per ipotizzare il funzionamento mentale del paziente*. *Terapia Familiare*.

T

- Temple C. (1996) *Il nostro cervello. Come funziona e come usarlo*. Bari, Laterza Editore.

U

- Ugazio V. (2001) *Le esperienze falsificanti*. Terapia Familiare. Francoangeli

V

- Van der Kolk B. A., McFarlane A. C., Weisaeth L. (2004). Stress traumatico.
- Viaro, M. (2006) *Formazione sistemica e visione professionale*. In *Terapia Familiare*, N.82, pp. 15-45.

W

- White, M. (1995). *Re-authoring Lives: Interviews and essays*. Adelaide: Dulwich.

SITOGRAFIA

- www.academia.edu/4842657/Terapia_relazionale-sistemica_con_lindividuo
- www.emdritalia.org
- www.paolobertrando.it/
- www.psicologi-italia.it/psicologia/psicosi/764/disturbi-psicosomatici.html
- www.psicolab.net/2007/il-modello-psicosomatico/