

LA RELAZIONE TERAPEUTICA CON LE COPPIE AD ALTA CONFLITTUALITÀ¹

Dino Mazzei²

Un giorno, un pensatore indiano fece la seguente domanda ai suoi discepoli: "Perché le persone gridano quando sono arrabbiate?"

"Gridano perché perdono la calma" rispose uno di loro.

"Ma perché gridare se la persona sta al suo lato?" disse nuovamente il pensatore.

"Bene, gridiamo perché desideriamo che l'altra persona ci ascolti" replicò un altro discepolo.

E il maestro tornò a domandare: "Allora non è possibile parlargli a voce bassa?"

Varie altre risposte furono date ma nessuna convinse il pensatore. Allora egli esclamò: "Voi sapete perché si grida contro un'altra persona quando si è arrabbiati? Il fatto è che quando due persone sono arrabbiate i loro cuori si allontanano molto. Per coprire questa distanza bisogna gridare per potersi ascoltare. Quanto più arrabbiati sono tanto più forte dovranno gridare per sentirsi l'uno con l'altro. D'altra parte, che succede quando due persone sono innamorate? Loro non gridano, parlano soavemente. E perché? Perché i loro cuori sono molto vicini. La distanza tra loro è piccola. A volte sono talmente vicini i loro cuori che neanche parlano, solamente sussurrano.

E quando l'amore è più intenso non è necessario nemmeno sussurrare, basta guardarsi. I loro cuori si intendono. E' questo che accade quando due persone che si amano si avvicinano." Infine il pensatore concluse dicendo: "Quando voi discuterete non lasciate che i vostri cuori si allontanino, non dite parole che li possano distanziare di più, perché arriverà un giorno in cui la distanza sarà tanta che non incontreranno mai più la strada per tornare".

(Mahatma Gandhi).

Premessa

Come emerge sempre più chiaramente dal dibattito, appare oggi indispensabile riflettere sulle possibili integrazioni tra i modelli psicoterapeutici.

I vari indirizzi hanno, infatti, attraversato una profonda revisione epistemologica caratterizzata dalla consapevolezza dell'inadeguatezza e della relatività di modelli autoreferenziali e dai confini rigidi: si de-

1_ L'articolo è già stato pubblicato nella rivista *Caleidoscopio Relazionale* (n° 8/2018) che gentilmente ha concesso il permesso di riproporlo all'interno di questo numero di *Storie e Geografie Familiari*.

2_ Psicologo, Psicoterapeuta, Mediatore sistemico, Ordinario e Didatta SITF, Direttore del ITFS, Presidente AITF

lineano prospettive in cui i diversi sguardi possono contribuire a costruire confronti e connessioni (Cirillo, Selvini, Sorrentino, 2016). Già nel 1997 Giovanni Jervis, a proposito del suo modello di riferimento, affermava: *«In primo luogo io credo che ci sia una crisi di identità della psicoanalisi, la tradizione psicoanalitica è in crisi, su questo non ci sono dubbi. Questo comporta una revisione degli orientamenti psicoanalitici e psicodinamici in senso classico e quindi implica una serie di aperture verso altri orientamenti, per esempio verso l'orientamento relazionale. In generale io credo che sia un fatto positivo, quello che potrebbe essere definito come una "de-dogmatizzazione". Le Scuole tradizionalmente arroccate nelle proprie posizioni si aprono le une verso le altre, aumenta il dialogo e, noto qui incidentalmente, aumenta la possibilità di curare in modo più duttile i pazienti; non molti anni fa sembrava che qualsiasi paziente dovesse essere curato, se andava dallo psicoanalista, sempre con la psicoanalisi. Ci sono dei pazienti che hanno bisogno di un determinato approccio psicoterapico piuttosto che di un altro!»* (Santilli V., 1997).

Per ovvie ragioni di coerenza interna l'orientamento verso l'integrazione non poteva che coinvolgere in modo importante l'approccio sistemico che, oltre a indicare il contesto relazionale come elemento fondamentale per la comprensione dei fenomeni psicopatologici, ha in sé la potenzialità di cornice epistemologica all'interno della quale le realtà vengono pensate come articolazione di diversi livelli interconnessi, contemporaneamente dotati di autonomia e correlati tra loro, superando una volta per tutte le dicotomie tra famiglia e individuo, mondo interno e mondo esterno, passato e presente, dimensione interattiva e dimensione rappresentazionale, psiche e soma (Onnis, 2010; Mazzei, Giacometti, 2011). A partire da una cornice epistemologica tesa ad allargare il contesto, nel tempo e nello spazio, per riuscire a comprendere e a valorizzare le soggettive complessità dei pazienti in tutte le loro potenzialità evolutive, si è fatta strada con forza la consapevolezza di come ciò non possa essere possibile se la stessa complessità non trova legittimazione innanzitutto nella mente del terapeuta che deve quindi dilatarsi, pur rimanendo fedele al proprio modello, per far spazio e poter cogliere con apertura, creatività e curiosità le diverse porte di ingresso alle storie di vita delle persone.

Negli anni si sono, quindi, attivati costanti e proficui dialoghi con molte teorie con le quali si condivide l'interesse per la natura relazionale

della mente e del suo sviluppo, il ruolo dei modelli di attaccamento e dei processi di rappresentazione e significazione per una più accurata comprensione della psicopatologia, la necessità di valorizzare sia la dimensione verbale che quella comportamentale, emotiva e corporea della comunicazione nonché la centralità della relazione e dell'alleanza terapeutica tra i fattori trasformativi della psicoterapia.

Le coppie ad alta conflittualità e il funzionamento borderline

In particolare, coerentemente alle prospettive ora delineate, abbiamo cercato di sistematizzare alcune riflessioni maturate nel corso del lavoro clinico sul tema della relazione terapeutica con le coppie ad alta conflittualità, quelle coppie in cui la possibilità di comunicare ed entrare in contatto con significati evolutivi appare immersa e bloccata in un conflitto regolato da modalità relazionali rigide e ripetitive. «*Amantes amentes*» diceva Lucrezio per sottolineare lo scenario di follia che connota di felicità le relazioni nel momento dell'innamoramento e che pare riproporsi con uguale intensità, ma sotto forma di delusione, rabbia, rivendicazione e dolore, quando la coppia deve transitare per fasi della vita più faticose: le promesse di felicità sembrano non trovare gratificazione e i partner non sempre riescono a riorganizzare la relazione, integrando nuove esigenze, nuove richieste reciproche e del contesto intorno a loro.

Il nostro interesse è nato dalla consapevolezza della difficoltà dello psicoterapeuta che si confronta con alcune dinamiche di coppia particolarmente distruttive.

In alcuni momenti del processo terapeutico appare evidente che il funzionamento della coppia collassi e la possibilità di utilizzare la relazione terapeutica come momento elaborativo si interrompa. I membri della coppia sembrano attivare strategie relazionali conflittuali e rivendicative che tolgono ogni possibilità alla dimensione elaborativa. L'impressione è quella di trovarsi di fronte a interazioni che evocano lo stile tipico di personalità borderline che, in questo caso, non riguardano necessariamente strutture di personalità bensì un funzionamento relazionale.

Di fronte a una conflittualità eccessiva, esasperata, rigida lo psicoterapeuta può entrare in un cortocircuito emotivo sperimentando, a sua volta, forti emozioni, senso di fallimento, inutilità, rabbia rischiando di dar vita a interazioni collusive.

Il triangolo relazionale che si crea all'interno del processo terapeutico ha a sua volta un suo potenziale disregolante che non è dato dalla somma della disregolazione degli attori in scena, ma nasce in quel contesto specifico, diventa una caratteristica dell'intervento in atto e, come tale, deve essere considerato elemento fondamentale della relazione terapeutica. È proprio in situazioni cliniche con queste caratteristiche, in cui il rischio che si percepisce con il procedere del processo terapeutico è quello dello stallo relazionale, che abbiamo sperimentato l'utilità di integrare i contributi dell'ambito sistemico relazionale con alcune suggestioni che provengono dalla teoria dell'attaccamento, dal cognitivismo evoluzionista, dalla psicoterapia basata sulla mentalizzazione e dalla psicoterapia sensomotoria che, come vedremo, possono offrire delle nuove prospettive e diversi punti di vista nel tentativo di comprendere ciò che sta accadendo, e soprattutto fornire alcune tecniche che possono essere proficuamente utilizzate dallo psicoterapeuta con una formazione sistemico relazionale.

Le scoperte dell'*Infant research* (Stern D., 1995; Sameroff A.J., Emde R.N., 1991; Sameroff A.J., Mc Dough S.C., Roseblum K., 2004) e le numerose ricerche sull'attaccamento (Fonagy P. et al., 2005; Beebe B., Lachmann F.M., 2003; Santona A., Zavattini G.C., 2007; Shaver P.R., Mikulincer M., 2013; Schore A.N., 2008) hanno spostato la loro attenzione dalle competenze individuali alle funzioni interpersonali: le rappresentazioni delle relazioni nascono dalle interazioni reali con le figure di attaccamento; le «relazioni sono il prodotto cumulativo della storia delle interazioni, la quale pertiene al presente per quanto riguarda le aspettative che si realizzano nell'interazione in corso, ed al futuro per quanto riguarda le aspettative (consce oppure no) riguardanti le interazioni a venire» (Stern D., 1991, p.66). Come già sottolineato, una delle caratteristiche principali del lavoro con le coppie è quella di confrontarsi con processi mentali congiunti, in altre parole l'oggetto del trattamento è la relazione, quel qualcosa di specifico che trascende le singole persone (Ruszczyński S., 2003; Lemaire J.G., 1981; Monguzzi F., 2006), quello che Zavattini definisce *campo intersoggettivo* (Zavattini G.C., 2008, 2009) che prende forma durante la relazione e che non è prevedibile e comprensibile rifacendosi esclusivamente alle caratteristiche dei singoli.

Per descrivere le modalità relazionali che caratterizzano le coppie ad alta conflittualità facciamo riferimento al concetto di soglia di attivazio-

ne del funzionamento borderline: ognuno di noi possiede un potenziale di attivazione di funzionamento borderline, caratterizzato da meccanismi di scissione e difficoltà a integrare aspetti diversi della realtà che si attiva in particolari contesti relazionali. Cancrini (2006, 2012), recentemente, ha infatti proposto in modo piuttosto convincente di sostituire il termine *struttura borderline* con quello di *funzionamento borderline*, ipotizzando che esistano modelli e schemi relazionali appresi che rimangono nella memoria emozionale di ciascun essere umano (Benjamin S.L., 1999) e che possono essere attivati in alcune circostanze della vita, all'interno di definiti contesti relazionali. Le persone, perciò, si distinguono per differenti soglie di attivazione. Il funzionamento borderline descritto dalla Mahler (1975), fisiologico e normale nel momento della crisi di riavvicinamento alla madre in una precisa fase della vita (15-21 mesi), è caratterizzato dall'utilizzazione della scissione, senza sfumature, dalla difficoltà a integrare rappresentazioni buone e cattive dell'*oggetto* e dal conseguente sviluppo di emozioni esagerate e unilaterali. Esso si può riattivare successivamente, in momenti della vita segnati da separazioni e perdite, quando le dinamiche disfunzionali del contesto relazionale del bambino non permettono l'utilizzazione di meccanismi più evoluti. L'idea della *soglia di attivazione del funzionamento borderline* ha delle conseguenze importanti nella de-patologizzazione del disturbo e nella possibilità di positivi sviluppi terapeutici: «Se un bambino funziona stabilmente e pervasivamente in modo borderline, occorre lavorare sui contesti che lo influenzano. Il fatto che un bambino funzioni in maniera stabile e pervasiva in modo borderline non autorizza a porre diagnosi di disturbo borderline di personalità: men che meno autorizza a dire che quel bambino è borderline o psicopatico o altro» (Cancrini L., 2006, p. 145).

Operando una trasposizione del concetto di soglia dalla dimensione individuale alla relazione di coppia, possiamo dire che le relazioni di coppia possiedano una soglia variabile di disregolazione emotiva che attiva un funzionamento borderline³. Ci sono inneschi specifici e sti-

3_ Già Searles, un pioniere nel trattamento di questi disturbi, affermava nell'introduzione al suo libro *"Il paziente borderline"* che aveva osservato l'utilizzazione di difese borderline in molti psichiatri, psicologi e vari professionisti della salute mentale: «Da molto tempo sono convinto che elementi della patologia borderline si incontrano in qualsiasi psicanalisi del profondo o in qualsiasi terapia psicoanalitica intensiva, poiché questi fenomeni sono parte della condizione umana» (Searles H.F., 1988, pag.11). Un primo tema affrontato dagli studiosi che se ne sono occupati è stato senz'altro se considerare il disturbo borderline un quadro clinico descritto da una mera elencazione di comportamenti sintomatici o da una tipica organizzazione di personalità. Alcuni studiosi in ambito psicoanalitico hanno infatti sostenuto che sia possibile individuare un livello di funzionamento borderline per un ampio spettro di disturbi mentali, distinguendolo

moli quali eventi, vicissitudini relazionali, stili di attaccamento, modi di porsi dell'altro che elicitano questo tipo di funzionamento. In questo senso è possibile introdurre nella relazione terapeutica, una visione normalizzante dei comportamenti dei pazienti, che non è diretta all'individuazione di strutture di personalità psicopatologiche e conseguenti processi di etichettamento, bensì finalizzata a favorire l'attribuzione di un significato a modalità relazionali altrimenti incomprensibili e irrazionali.

Il fallimento della capacità di mentalizzare, cioè di sintonizzarsi con l'altro, e il contesto di disregolazione emotiva che connotano di tratti borderline il funzionamento delle coppie ad alta conflittualità sono quindi variabili della relazione che sembrano rendere possibile solamente una modalità di pensiero che non differenzia la rappresentazione dell'esperienza interna da quella esterna e quella passata da quella presente, dando vita a interazioni fatte di automatismi reattivi che creano circoli viziosi e non permettono una riparazione della connessione con gli stati mentali dell'altro e quindi uno spazio all'elaborazione.

dal funzio-namento nevrotico e da quello psicotico, individuando nella rappresentazione scissa e non integrata di sé e degli altri il nucleo centrale della patologia (Kernberg O., 1985, 1997; Mc Williams N., 2012). Richiamare un'organizzazione di personalità permette un notevole passo avanti nella riflessione psichiatrica di questo disturbo riuscendo tracciare un quadro dotato di senso ad una serie di sintomi che all'apparenza sembrano assolutamente vari e scollegati tra loro.

Sempre all'interno del pensiero psicoanalitico e condividendo le osservazioni di Kernberg è stato individuato nel deficit nelle capacità metacognitive il nucleo centrale della patologia borderline, inoltre, sono state effettuate delle connessioni con alcuni dati neurobiologici che permettono di integrare le nostre conoscenze sulle difficoltà di mentalizzazione (Fonagy P. et al., 2005; Allen J. G., Fonagy P., 2008).

Un altro filone di ricerca molto importante sulla patologia borderline è stato sviluppato nell'ambito dell'approccio cognitivo comportamentale da Linehan M. (2011) che pone al centro delle sue osservazioni un deficit nel sistema di regolazioni delle emozioni. La disregolazione emotiva sarebbe alla base della percezione alterata delle emozioni che si presentano con un'intensità eccessiva. Una manifestazione di tale alterazione è presente nella incapacità a controllare gli impulsi, negli scoppi di rabbia, nel caos relazionale ed affettivo, nella profonda angoscia rispetto al timore di essere abbandonati. Il paziente per affrontare l'esperienza dolorosa ed angosciante delle conseguenze della disregolazione emotiva è così portato ad utilizzare tutta una serie di comportamenti che vanno dall'inibizione totale dell'esperienza emotiva all'utilizzazione di alcool, droghe, gioco d'azzardo e comportamenti autolesivi. Secondo la Linehan, alla base di questa patologia del sistema di regolazione emotiva vi è un'interazione tra una particolare vulnerabilità caratteriale e un complesso di esperienze relazionali invalidanti.

La prospettiva legata alla teoria dell'attaccamento presentata da Liotti all'interno della teoria cognitivo-evoluzionista sembra offrire importanti punti di contatto tra le varie teorie che molto spesso sono state presentate in contrapposizione. Infatti Liotti pone l'attaccamento disorganizzato in stretta relazione con lo sviluppo della patologia borderline. Per Liotti la disorganizzazione dell'attaccamento fornisce un modello di relazione unitario che spiega contemporaneamente sia la difficoltà di integrazione delle parti di sé che la disfunzionalità sul piano della regolazione delle emozioni: *«Inoltre, un modello della patologia borderline centrato sulla DA permette di comprendere due altri aspetti cruciali nello sviluppo e nell'espressione clinica di questi disturbi: la risposta ai traumi e la reazione abnormemente intensa alla separazione (il sistema dell'attaccamento media tanto la risposta ai traumi quanto la reazione alla separazione)»* (Liotti G., 1999, pp 53-65).

Spazio mentale e relazione di coppia

Per affrontare il tema dell'integrazione di altri contributi teorici dobbiamo precisare alcuni aspetti del nostro modello che partendo dalle teorizzazioni dei maestri della terapia familiare, in particolare dall'approccio strutturale-esperienziale di Minuchin (1976, 2009) e Whitaker (1990), ha assunto nel tempo un marcato carattere evolutivo. La lettura relazionale e storicamente collocata del sintomo e del disagio portato dall'individuo, dalla coppia o dalla famiglia, si prefigge l'obiettivo di individuare le vicissitudini che hanno portato, in un tempo che abbraccia almeno tre generazioni, a un irrigidimento o addirittura a un blocco della possibilità per le persone di realizzare pienamente il proprio Sé trovando un'integrazione della dinamica tra appartenenza e processo di individualizzazione. Compito del terapeuta è quello di collaborare con le persone per giungere a una maggiore consapevolezza delle modalità relazionali e delle funzioni apprese e interiorizzate nelle proprie famiglie d'origine e accompagnarle, attraverso la sperimentazione di nuove modalità relazionali, alla definizione di immagini di Sé, dell'altro e della relazione che permettano loro di affrontare in modo evolutivo i compiti di sviluppo delle diverse fasi del ciclo di vita della famiglia. Si tratta, quindi, di integrare il livello soggettivo con quello intersoggettivo, proprio dell'approccio sistemico-relazionale, di lavorare con le persone affinché emergano alla consapevolezza i nessi fra passato e presente, fra dimensione interna all'individuo, che attiene al mondo delle rappresentazioni e ai modelli di relazione appresi nel passato e dimensione relazionale che riguarda, invece, la forma dell'interazione nel "qui e ora" in modo che vengano liberate risorse che la famiglia, la coppia o l'individuo potranno attivare per affrontare le difficoltà che portano in seduta.

Ogni dimensione relazionale, dicevamo, è vissuta nella ricerca di un equilibrio fra le eredità familiari e la necessità di costruire qualcosa di nuovo, fra appartenenza e individualizzazione e la possibilità di vivere in modo consapevole le relazioni presenti è strettamente collegata al tema della rappresentabilità delle esperienze passate e dalla modalità in cui esse sono state trasmesse. Ci sono eventi che hanno caratterizzato le nostre esperienze come figli, e quelle delle generazioni precedenti, che non è stato possibile rappresentarsi in quanto sono state tenute nascoste o rimosse (segreti, traumi, esperienze indicibili). In questo caso si parla di trasmissione transgenerazionale, cioè di una «*trasmissione*

tra generazioni muta, opaca, non pensabile, che si incista nello psichismo altrui, che si deposita nella mente dei figli senza che quest'ultimi abbiano la possibilità di cogliere o riconoscere che cosa è stato trasmesso. [...] Con trasmissione intergenerazionale si indica, invece, una trasmissione di vissuti psichici, esperienze, problemi che sono stati sufficientemente elaborati da essere rappresentati, in modo che possono essere ripresi e trasformati dalla generazione successiva» (Mazzei D., Giacometti, 2011, p. 91-92).

Quindi, ogni volta che ci troviamo di fronte a persone che costruiscono la propria storia personale, di coppia e familiare, attraverso la trasmissione di modelli non rappresentabili (transgenerazionale), dobbiamo confrontarci con la difficoltà dovuta alla presenza di spazio mentale saturo che limita la capacità delle persone di discriminare l'esperienza presente da quella passata, cioè di cogliere l'altro e la relazione per quello che sono realmente. Lo sconfinamento del passato nel presente attiva emotivamente reazioni cui si fatica ad attribuire senso e che connotano l'agire come ripetitivo e rigido. Questa modalità di trasmissione di modelli e valori assume particolare drammaticità quando esita in modelli genitoriali ripetitivi, nei quali i bisogni dei figli non trovano spazio e possibilità di essere visti, aprendo la possibilità a scenari di trascuratezza e disagio.

«Siamo, in fondo, in un certo senso, meno liberi di quanto crediamo, Pertanto possiamo riconquistare la nostra libertà e svincolarci dalla ripetizione, capendo ciò che accade, afferrando questi fili nel loro contesto e nella loro complessità. Possiamo così vivere la "nostra" vita, e non quella dei nostri genitori e dei nostri nonni, o di un fratello morto – per esempio – che noi "rimpiattiamo", consapevolmente o a nostra insaputa» (Schützenberger, 2004, p. 17).

La quantità di spazio mentale ha a che fare con il tempo, le energie psichiche e le risorse a disposizione, mentre la qualità afferisce alla saturazione dello spazio ed è collegata alla predominanza di una relazione narcisistica e all'impossibilità di connettersi emotivamente alle esperienze passate per risignificarle e far sì che non invadano il presente.

La nostra riflessione sulle coppie ad alta conflittualità contiene, quindi, l'ipotesi che nella storia di queste persone l'invasione di pensieri, rappresentazioni ed emozioni del passato non elaborate, e quindi poco consapevoli, possa avere esitato nella saturazione dello spazio mentale provocando delle reazioni e dei comportamenti apparentemente inspie-

gabili, irrazionali e poco congrui al contesto relazionale del momento.

Il conflitto invece, sappiamo bene, che per essere affrontato ha sempre bisogno di un processo di elaborazione e significazione. Per poter lavorare terapeuticamente diventa, quindi, necessario riuscire a ampliare questo spazio mentale e tale possibilità è strettamente legata a quella di poter fare un'esperienza nuova di riconoscimento sia delle proprie aree di fragilità che di quelle dell'altro, dei nessi fra gli aspetti simbolici e gli agiti nelle relazioni. Condividere, in un setting di coppia, il processo di svelamento delle modalità con le quali ognuno ha costruito la propria rappresentazione di sé, ha definito il proprio spazio mentale in riferimento alle trasmissioni intergenerazionali e come tali rappresentazioni si sono innervate nell'incontro di coppia, porta già in sé una potente valenza terapeutica, nel senso di potenzialità di attivazione di un cambiamento. La possibilità di attribuire reciprocamente un significato diverso alle richieste apparentemente incongrue, aggressive e violente dell'altro fa emergere i bisogni a esse sottese e diminuisce drasticamente l'aggressività e la rabbia che rendono il conflitto privo di potere evolutivo.

Se non si riescono a creare le condizioni per il processo di desaturazione dello spazio mentale le persone non potranno avere la possibilità di attivare alcune importanti funzioni imprescindibili per il buon esito delle relazioni: la capacità empatica, la sintonizzazione emotiva con l'altro, la mentalizzazione e la regolazione emotiva necessarie alla definizione di una coerente immagine di sé, degli altri e delle proprie relazioni.

I pazienti con questo funzionamento presentano, spesso, anche un'immagine di sé che fatica a trovare stabilità, che si accompagna a una marcata difficoltà nelle relazioni interpersonali, un quadro di sfiducia nella conoscenza sociale (si sono costruiti l'idea che l'interlocutore non abbia realmente le intenzioni che dichiara e che non sia affidabile), la paura di essere abbandonati nonché una marcata reattività umorale (Cancrini L., 1991).

Una delle funzioni della psicoterapia, in modo particolare in queste situazioni, è quella di fornire uno spazio contenitivo, elaborativo e di sperimentazione che possa restituire pensabilità a ciò che è stato sacrificato nel tempo al mantenimento dei legami: allargare lo spazio mentale della coppia per uscire da logiche relazionali rigide e reattive per consentire una maggiore differenziazione tra sé e l'altro e, quindi, la messa in sicurezza delle funzioni di protezione e cura dei figli.

Conflitto, disregolazione emotiva e fallimento della mentalizzazione

Particolarmente utile nella definizione del concetto di spazio mentale, e degli interventi e strumenti terapeutici finalizzati al suo potenziamento, è stato il confronto con gli studi di Porges S. sul funzionamento neuropsicologico, con le ricerche sullo sviluppo delle capacità metacognitive, della mentalizzazione, della sintonizzazione emotiva e delle tecniche per l'elaborazione di esperienze traumatiche provenienti dalla psicoanalisi interazionale e dalla teoria dell'attaccamento di Fonagy P. e Siegel D., dalla psicologia dello sviluppo di Tronik E. e dalla psicotraumatologia, in particolare dalla psicoterapia sensomotiva di Odgen P.

Il modello polivagale di Porges S.W. (2014) fornisce al clinico importanti informazioni, a livello di corrispettivi neurobiologici, per riuscire a cogliere e trattare differenti comportamenti reattivi a situazioni percepite come pericolose, ad esempio una relazione particolarmente conflittuale e relazionalmente violenta, alcuni dei quali possono compromettere in modo serio la possibilità dell'individuo di attivare processi elaborativi. Porges ci ha mostrato come in condizioni di sicurezza e tranquillità, il nostro sistema nervoso autonomo è attivo attraverso le funzioni corticali superiori (corteccia) e i comportamenti osservabili sono quelli associati alla comunicazione sociale, all'autoregolazione, all'ascolto degli altri, alla riflessività. Questo tipo di attivazione nei pazienti, ci consente un dialogo funzionale, sia in mediazione che in terapia, in quanto rende possibili le integrazioni fra emotività e razionalità, quindi le funzioni elaborative. Quando, invece, la persona si percepisce in una situazione di pericolo e sotto attacco, si attiva la parte del sistema neurobiologico definita cervello rettiliano, collocata nel tronco encefalico e collegata alle difese di sopravvivenza, i cui corrispettivi comportamentali sono rappresentati dall'attacco, dalla fuga e dall'evitamento. In alcune situazioni queste soluzioni non sono disponibili e funzionali, l'individuo non è in grado di attaccare a sua volta, fuggire o mimetizzarsi e quindi produce una difesa di immobilizzazione, definita *freezing* che consiste nella morte simulata, la sottomissione totale, il blocco con collasso.

Risulta chiara la comprensione dell'utilità per il terapeuta di dotarsi di strumenti per capire, attraverso l'osservazione e la significazione di alcuni specifici comportamenti, se le persone si trovano in una condi-

zione di regolazione emotiva, se hanno la possibilità di integrare aspetti emotivi e aspetti cognitivi, oppure se la tensione è talmente alta da non permettere loro l'attivazione di funzioni mentali dedicate all'elaborazione del pensiero, alla cooperazione, al ragionamento per obiettivi, alla collaborazione.

Quando il sistema percepisce un pericolo, quando l'attenzione e le energie delle persone sono in gran parte rivolte a presidiare la sicurezza dei propri confini e viene percepito uno stato di all'erta generale, l'accesso alle zone cerebrali che presiedono l'elaborazione non è disponibile e sarebbe inutile, se non dannoso, attivare qualsiasi tipo di intervento terapeutico in quanto si rischierebbe di ottenere un effetto iatrogeno, di contribuire, cioè, alla ripetizione di un modello relazionale disfunzionale, di riproporre alle persone, e vivere noi stessi, un'esperienza in cui prevarrebbero e sarebbero confermate le medesime condizioni di disregolazione emotiva.

Immediato il richiamo agli studi di Siegel D. (1999) relativi al concetto di finestra di tolleranza, che indica quella zona ottimale, all'interno della quale una persona si deve trovare per sperimentare quello stato di attivazione neuro-fisiologica, o *arousal*, che le consente di integrare le informazioni provenienti dal mondo interno e dall'ambiente esterno, quindi di dare significato alle esperienze e attivare processi elaborativi. L'ampiezza della finestra di tolleranza è costituita da diversi fattori e può variare nel corso del ciclo di vita degli individui in dipendenza delle esperienze, anche relazionali, che essi devono affrontare. In condizioni di particolare stress, come nel corso di un conflitto di coppia esasperato, l'abituale tenuta emotiva può subire delle contrazioni provocando la diminuzione della quantità di stimolazioni necessarie per elicitare la soglia di reazione e l'aumento della possibilità di risposte dis-regolate, anche di fronte a stimoli che, in altre condizioni, avrebbero potuto essere tollerati senza difficoltà. Anche la risonanza fra le esperienze che si stanno vivendo e alcuni eventi dolorosi o traumatici del passato possono provocare l'uscita dalla finestra di tolleranza e l'attivazione di modalità relazionali caratterizzate da *iperarousal*, cioè da uno stato di ipervigilanza, agitazione, ansia e dalla sensazione di essere "fuori controllo", condizioni che provocano le reazioni di sopravvivenza definite da Porges risposte di attacco. In questi casi possiamo assistere a comportamenti emotivamente reattivi, impulsivi, iperdifensivi e a immagini ed emozioni intrusive con attivazioni somatiche e fisiolo-

giche che riguardano l'accelerazione del ritmo respiratorio, del battito cardiaco e della pressione sanguigna. In modo diametralmente opposto, la disregolazione emotiva può andare nella direzione della zona di *ipo-arousal*, quella in cui si abbassa drasticamente la capacità reattiva, le persone si percepiscono "scariche", apatiche e attivano delle risposte difensive di fuga, di immobilizzazione: ci troveremo di fronte ad atteggiamenti di insufficiente attivazione verso l'impegno sociale, comportamenti emotivamente appiattiti e di ritiro, storditi, cognitivamente dissociati e rallentati.

Dal nostro punto di vista appare utile collocare il concetto di finestra di tolleranza e di funzionamento in *iper* o *ipo-arousal* dalla dimensione individuale a quella relazionale, introducendo l'idea che l'ampiezza della soglia oltre la quale si parla di disregolazione emotiva possa essere considerata una qualità coppia-specifica.

Da qui l'importanza, per il terapeuta che lavora con la coppia, di riuscire a individuare gli elementi, i nodi, i contesti, le interazioni che attivano un funzionamento disregolato in quanto questi, rappresentano importanti porte di accesso per comprendere la natura dei blocchi evolutivi della coppia e gli aspetti delle storie familiari dei partner ad essi connessi.

Come per l'individuo, anche per la coppia sono individuabili alcuni comportamenti, caratterizzanti i funzionamenti relazionali, che possono segnalare al clinico il pericolo di una temporanea collocazione fuori dalla finestra di tolleranza: l'*iperarousal* è individuabile per la presenza di interazioni e comunicazioni dense di critica e disprezzo, mentre l'*ipoarousal* da una tendenza marcata al ritiro difensivo, all'auto colpevolizzazione e al vittimismo. Condizioni, entrambe, che segnalano la temporanea impossibilità per la coppia di attivare una cooperazione e funzioni di integrazione ed elaborazione e, quindi, di poter trovare beneficio da un contesto terapeutico. Infatti l'ampiezza della soglia di tolleranza è direttamente proporzionale alla quantità di stimolazione necessaria per elicitare reazioni emotive connotate da automatismi: nel contesto clinico ciò significa che basta un tono di voce, una parola, uno sguardo, un gesto per trovarsi di fronte a risposte immediate, reattive in termini di difese di sopravvivenza che, a seconda della situazione, possono essere di attacco (disprezzo e critica) o di ritiro (chiusura, rifiuto della relazione, autocommiserazione e vittimismo).

Dagli studi di Ogden P. (2016), emerge come la dimensione ottimale

per attivare processi elaborativi si collochi al confine dell'*iperarousal* senza superarlo, il che significa che è necessario introdurre nella relazione terapeutica un sufficiente livello di attivazione, sia in termini di processi cognitivi che di stati emotivi: l'elaborazione necessita di funzioni di metacomunicazione, della possibilità di riflettere sul proprio pensiero e sulle proprie emozioni.

È un importante compito del terapeuta quello di contenere, regolare e riportare, quando necessario, la relazione entro la finestra di tolleranza, creare un contesto che permetta alle persone un efficace contatto con sé stesse e con l'altro.

Per meglio comprendere la difficoltà di connessione con il pensiero altro che riscontriamo nelle situazioni connotate da alta conflittualità, possiamo fare riferimento alla correlazione individuata da Fonagy P. (1996), nell'ambito dei recenti sviluppi della teoria dell'attaccamento, fra la qualità dei processi di mentalizzazione dei caregivers e la definizione degli esiti della relazione di attaccamento. *«Non solo è più probabile che genitori con una elevata capacità riflessiva promuovano un attaccamento sicuro nei propri figli, in modo particolare nei casi in cui le loro stesse esperienze infantili siano state negative, ma anche che l'attaccamento sicuro possa rappresentare un precursore fondamentale di una solida capacità riflessiva. [...] Se la capacità riflessiva mette il genitore in grado di comprendere con cura le attitudini intenzionali del bambino, il bambino avrà l'opportunità di "trovare sé stesso nell'altro" come soggetto capace di mentalizzare. Se la capacità del genitore è carente sotto questo aspetto, la visione di sé che il bambino si formerà sarà quella di una persona concepita come pensante in termini di realtà fisica piuttosto che di stati mentali.»*

Le ricerche di Fonagy P. e coll. sono state ampiamente dedicate a comprendere come e per quali fattori l'esperienza legata a relazioni di attaccamento disfunzionali nell'infanzia esitasse in quadri psicopatologici gravi, in particolare in disturbi di personalità borderline connotati da importanti deficit della mentalizzazione.

Anche all'interno dell'assetto relazionale della coppia borderline-disregolata assistiamo a un deficit di mentalizzazione, viene meno la capacità di rappresentarsi il pensiero, i sentimenti, le intenzioni, le motivazioni dell'altro, c'è una difficoltà a sintonizzarsi con l'altro, a rappresentarsi interiormente l'esperienza che esso sta vivendo. Questi studi ci dicono che nel corso dello sviluppo dell'individuo le modalità

di pensiero riflessivo si organizzano in modo sempre più complesso attraverso il passaggio in tre fasi di maturazione e che il raggiungimento di questa organizzazione è favorito dalla capacità di riflessività e di rispecchiamento delle figure di attaccamento: se i genitori riescono a rispecchiare lo stato d'animo del bambino in modo coerente e preciso la funzione di mentalizzazione viene favorita ed egli comincia a riconoscere qualcosa di sé attraverso il rispecchiamento e l'autoriflessione. Tornando all'idea di personalità di Cancrini L. (2006), è possibile che seppure un individuo abbia raggiunto un sufficiente sviluppo della capacità di mentalizzazione, potrebbero presentarsi situazioni, contesti relazionali ed eventi, di fronte alle quali egli sperimenti una regressione a fasi più primitive e a vivere una temporanea indisponibilità di questa competenza relazionale. Altre persone, ma entriamo nell'ambito della psicopatologia individuale, non hanno mai raggiunto la competenza alla mentalizzazione a causa di gravi ferite nella relazioni e a componenti traumatiche che hanno lasciato loro tracce indelebili nei percorsi evolutivi e di crescita.

Nel funzionamento delle coppie, in specifiche situazioni di tensione e crisi, si può assistere all'irrigidimento delle competenze relazionali e alla regressione verso modalità deficitarie di utilizzo delle competenze di mentalizzazione e più precisamente:

1. *equivalenza psichica o comprensione concreta*: ciò che esiste nella mente deve esistere anche nel mondo esterno, è un funzionamento estremamente primitivo, tipicamente infantile: il pensiero è rigido e non presenta alternative, viene fatta un'equivalenza fra realtà esterna e interna, non esiste la simbolizzazione, sono presenti una forte idealizzazione, tratti di ostilità paranoide e grandiosità. La comunicazione nelle coppie con questo tipo di funzionamento assume una forma specifica, connotata da un alto grado di assolutismo, è priva di sfumature (bianco o nero) e ambivalenze, presenta una spiccata tendenza alla generalizzazione che elude la complessità: "sempre", "mai", "sei sempre così" "le cose non cambieranno mai", ecc. Il pensiero è dicotomico, manicheo, assoluto, ha una sua verità indiscutibile che non viene messa in crisi da nessun tipo di affermazione, c'è una grande difficoltà a riconoscere le emozioni dell'altro, a creare dei nessi fra i propri pensieri, sentimenti ed emozioni e l'attacco rivolto all'altro è ri-

gido, denigratorio e colpevolizzante senza possibilità di ascolto e di cambiamento dei propri punti di vista. Clinicamente, con pazienti bloccati in questa modalità di pensiero, sono utili tutte le tecniche che si pongono l'obiettivo di fare "entrare nei panni dell'altro", che aiutano le persone a spostarsi dal proprio punto di vista per introdurre altre possibilità di lettura delle situazioni.

2. *far finta o pseudomentalizzazione*: è una situazione di deficit della mentalizzazione particolarmente insidiosa e difficile da cogliere, in quanto apparentemente le persone sembrano in contatto con il pensiero dell'altro, parlano del funzionamento, delle emozioni e delle motivazioni dell'altro ma ad un'attenta osservazione, si coglie che non esiste nessuna reale connessione, che la conoscenza dell'altro è solamente teorico-razionale. È la tipica modalità del "far finta" dei bambini per riempire i vuoti di senso, in cui non c'è contatto fra realtà fisica e realtà psicologica, gli stati mentali appaiono senza contatti con la realtà, creativi e immaginari. Nella relazione di coppia, pur riscontrando a volte descrizioni adeguate di aspetti che effettivamente appartengono al partner, le persone sembrano non essere in grado di verificarle attraverso un minimo contatto con la posizione emotiva dell'altro rispetto a quanto stanno sostenendo. Possiamo considerare questa modalità come l'*altra faccia* di quella basata sull'equivalenza psichica: mentre nell'equivalenza psichica quello che penso corrisponde senza ombra di dubbio a ciò che pensa l'altro e quindi non ho bisogno di attivare nessun tipo di verifica, la pseudomentalizzazione si basa su una prenoscenza di ciò che penso appartenga all'altro di diverso dal mio pensiero, ma questa validazione è puramente di tipo razionale. Ascoltando queste coppie ci si trova immersi in lunghe dissertazioni basate su teorie, descrizioni, affermazioni, senza riuscire ad avere la percezione che quelle due persone siano in reale contatto, si stiano realmente parlando e riconoscendo. Sono coppie in cui quando, ad esempio, si lavora sullo spazio mentale genitoriale a disposizione per riconoscere i bisogni dei figli, spesso non si riesce a coglierli realmente connessi con quello che i figli stanno vivendo, ma le loro posizioni si basano spesso su riflessioni generiche, prenoscenze generali e teoriche, cose che hanno sentito che apparentemente possono sembrare complesse, ragio-

nate, organizzate, culturalmente apprezzabile ma non sono supportate da esperienze relazionali concrete e autentiche con i figli.

3. *pensiero a soluzione rapida o pensiero teleologico*: è fondato sull'idea che la possibilità di un cambiamento nello stato mentale sia possibile solo in presenza di un cambiamento della consuetudine dell'azione nella direzione che il paziente ritiene giusta, auspicabile o desiderabile. In particolare, un affetto può diventare reale solamente se si accompagna a comportamenti e a gesti concreti, ben precisi e ritenuti idonei a rappresentare un particolare sentimento: vengono organizzate delle sequenze comportamentali ideali che corrispondono a sentimenti, affetti, a cose importanti per la relazione a cui l'altro può corrispondere o no. Sono scenari che si trovano frequentemente nei percorsi di mediazione familiare quando, ad esempio, il fatto che un padre non porti il bambino ad una festa, per alcune madri significa automaticamente che non vuole abbastanza bene al figlio, se uno dei coniugi non fa quella determinata cosa che l'altro si aspetta, vuol dire che disprezza il partner e vuole deliberatamente ferirlo. E' un'organizzazione del pensiero appartenente, soprattutto, a persone che hanno vissuto assenze importanti e non avendo avuto modo di sperimentarsi in una relazione reale, ad esempio perché orfane o coinvolte in separazioni precoci, si rappresentano la funzione relazionale mancante attraverso un'idealizzazione. Può nascere in loro, per esempio, l'idea che un padre, o un compagno, dovrebbe essere una persona che si comporta in un certo modo, normalmente a livelli qualitativi piuttosto ambiziosi, e nel momento in cui, nella realtà queste evidenze comportamentali non vengono rintracciate nell'altro, automaticamente scatta la deduzione che questi non sia un buon padre, o non sia abbastanza presente o affettivamente coinvolto nelle relazioni familiari: viene costruito un repertorio comportamentale che parla della relazione su basi ideali e ne fornisce una valutazione, una categorizzazione immediata, inconfutabile. Anche in questo caso le persone si collegano emotivamente all'altro, non entrano in contatto per capirne le motivazioni e le ragioni, in quanto sono guidate, in modo narcisistico, da una sorta di manuale interno per cui l'unica cosa che l'altro può fare è corrispondere o meno alle proprie aspettative. Si comprende bene come, in

questo caso, la critica all'altro non si rivela solamente come un espediente per attivare il conflitto attraverso attacchi e biasimi, ma sia fondata su una convinzione profonda rispetto al fatto di aver visto deluse delle aspettative legittime e sulla riattivazione di un vissuto di abbandono o trascuratezza. È una modalità che porta a vivere stati d'animo particolarmente angosciosi e tendenti a un pensiero persecutorio, in quanto è estremamente improbabile che nella realtà si possano trovare persone che abbiano un repertorio comportamentale che possa rispondere in modo soddisfacente a modelli ideali, specialmente se irreali, il che oltre a segnalare una grave incapacità di sintonizzazione con l'altro, porta normalmente a posizioni intransigenti rispetto a richieste rigide e non mediabili.

Quando ci troviamo di fronte a persone con una rappresentazione del funzionamento familiare idealizzata, spesso costruita in modo difensivo in relazione a gravi ferite ricevute nel passato e rimosse in quanto percepite come minacciose e aggressive verso il proprio sé, uno degli obiettivi terapeutici è sicuramente quello di riuscire a sostituirla con rappresentazioni più realistiche e integrate, che permettano di interrompere la ricerca ossessiva, e altrettanto irrealistica, di una riparazione del passato.

Sulla base delle evidenze delle loro ricerche, Bateman A. e Fonagy P. (2006) propongono un modello di psicoterapia psicodinamica, con forti influssi cognitivi, basato sulla mentalizzazione (MBT – *Mentalization based treatment*) e sul concetto di contingenza che si fonda su tre azioni: percepire, dare un senso e agire. Obiettivo dell'intervento, e che lo pone in prossimità clinica rispetto al nostro, è quello di utilizzare la relazione terapeuta-paziente per far apprendere a quest'ultimo come entrare in contatto con l'altro e confrontarsi, in modo non distruttivo, con punti di vista diversi dal proprio. Attraverso il MBT il paziente viene accompagnato, all'interno di un setting terapeutico che diventa il contesto in cui sperimentare una relazione di attaccamento, a percepire i propri stati d'animo e le proprie reazioni emotive e a riconoscere i segni della mancata lettura dei propri stati mentali (mentalizzazione basica), a mettere in relazione gli stati mentali con le proprie reazioni, individuare il fallimento delle proprie modalità relazionali e a trovare un punto di vista alternativo (mentalizzazione interpretativa). Infine, si lavora per attivare una riflessione sulla relazione del paziente con il terapeuta, sul

come gli stessi comportamenti possono essere visti diversamente da diverse menti, su ciò che avviene nella mente del terapeuta e su come il terapeuta e il gruppo possono percepirlo (mentalizzazione di transfert).

Secondo gli autori, l'efficacia del modello è data dal fatto che viene favorita, nella contingenza del processo terapeutico, una relazione di attaccamento con il paziente centrata sullo stato mentale che mira, con una serie di interventi strutturati e adattabili alle situazioni, a far sperimentare come sia possibile gestire una crisi, mantenere una vicinanza mentale anche in presenza di conflitti, di attacchi espliciti, come quelli che il paziente mette in atto nei confronti del terapeuta o meglio della relazione con esso.

Contestualizzando le ricerche e le metodologie di Fonagy P. e coll. al conflitto di coppia che, come dicevamo far collassare verso modalità relazionali borderline, emergono punti di contatto e possibili integrazioni rispetto all'utilizzo di alcuni strumenti terapeutici all'interno del nostro modello nei diversi setting di intervento finalizzati a costruire contesti esperienziali su cui attivare una riflessione e aumentare la consapevolezza circa il proprio vissuto e quindi a de-saturare lo spazio mentale in situazioni particolarmente disregolanti, come per esempio la conflittualità di coppia in presenza di figli. Pensiamo al *Lausanne triadic play* (Fivaz Depeursinge, 1999; Malagoli Togliatti, Mazzoni, 2006), il *Disegno congiunto* (Bing, 1970; Gennari, Tamanza, 2012) o la *Casina di Lego*. La famiglia è, infatti, invitata a fare un'esperienza concreta con i figli, finalizzata a «far emergere una competenza genitoriale rispetto ai bisogni e ai vissuti dei bambini, con il vantaggio secondario di enfatizzare il sottosistema genitoriale» (Mazzei, Neri, 2017, p. 128).

Questi strumenti, e l'intervento terapeutico che ne è la cornice, cercano di offrire alla coppia la possibilità di agire processi fondamentali per la genitorialità all'interno di un modello di relazione diverso da quello di un conflitto ripetitivo e sterile, nel quale poter affrontare con successo le operazioni, proposte anche nel modello di Bateman A. e Fonagy P. (2006), di sintonizzazione, attribuzione di senso e azione contingente. Questo permetterà loro di allargare il contesto di osservazione e significazione delle situazioni (comprendere il punto di vista dell'altro), di fare nuove ipotesi di attribuzione di significato soprattutto ai bisogni, alle richieste e al disagio dei figli, di produrre una transizione dalle modalità precedenti di funzionamento della genitorialità, che potranno poi continuare a esercitare in autonomia come compito futuro.

Un contributo altrettanto importante alla nostra riflessione, anche se in parte si pone in contrapposizione a quello di Fonagy, è quello relativo al *concetto di discronia* di Tronik E. (2008), psicologo dello sviluppo, per il quale la crescita dell'individuo avviene all'interno di processi interattivi in perenne evoluzione, contraddistinti da contesti relazionali normalmente caratterizzati da continue dinamiche conflittuali, di rottura e riparative. Queste ultime caratterizzano la dimensione evolutiva e adattiva delle interazioni, favoriscono il raggiungimento nel bambino di rappresentazioni di sé, dell'altro e della relazione sicure e positive, in grado di superare le difficoltà e le divergenze. I bisogni di sintonizzazione e di relazione vengono negoziati nel corso dell'intera vita dell'individuo e i conflitti interpersonali e la ricerca di una connessione intersoggettiva affettiva sono considerati esperienze relazionali con un alto valore adattivo ed evolutivo. Da un punto di vista clinico, le situazioni conflittuali che nel corso del processo passano attraverso diverse fasi di rottura e riparazione sono, secondo la nostra esperienza, le più efficaci, in quanto il terapeuta, in seduta, ha l'opportunità di far sperimentare alla coppia un'esperienza relativa alla possibilità di non rimanere ancorati alla frattura e fornisce un modello di relazione in grado di contenere le fluttuazioni, le differenze e il conflitto e di permettere la sperimentazione di una regolazione emotiva efficace ed evolutiva.

Gli studi sul ciclo vitale della famiglia e sui compiti di sviluppo richiesti alla famiglia per transitare da un'organizzazione del sistema a un'altra più evolutiva (Scabini E., Cigoli V., 2000), nonché l'importanza dei processi di differenziazione messi in luce dai maestri della terapia familiare (Bowen M., 1979, 1990; Minuchin S., 1976, 2009; Framo J., 1996; Andolfi M., 1977, 1987, 1999) ci mostrano come possa essere importante, nelle fasi dello svincolo dalla famiglia di origine, un allentamento della vicinanza dalle figure primarie di accudimento e l'utilità del poter superare, con esiti positivi, l'esperienza di trovarsi in posizioni diverse e conflittuali rispetto a chi, comunque, continua a essere un punto di riferimento privilegiato sia a livello affettivo che concreto. L'esito di questa esperienza è, ovviamente, legato al significato che ad essa attribuisce l'intero sistema familiare nonché all'intensità e alla temporaneità degli eventi di rottura. Il contesto terapeutico e quello mediatorio diventano, quindi, palestre di riparazione della relazione.

Indicatori per lo psicoterapeuta

Prima di introdurre alcuni strumenti clinici utili nel lavoro terapeutico in presenza di disregolazione emotiva e difficoltà nei processi di sintonizzazione e mentalizzazione nella coppia, riteniamo utile soffermarci a riflettere su quali possano essere gli indicatori che possono aiutare il terapeuta a comprendere la temperatura emotiva della coppia e a collocarsi efficacemente nel contesto terapeutico.

Nel lavoro con pazienti in difficoltà rispetto alla sintonizzazione emotiva, diventa particolarmente importante riconoscere in noi stessi e sapere utilizzare quella che Elkaim M. (1999) definisce risonanza emotiva e che, in situazioni particolarmente caotiche, diventa uno strumento indispensabile per cogliere il significato di ciò che sta avvenendo nella relazione, evitare di entrare in collusione con il funzionamento della coppia, soprattutto per quanto riguarda gli aspetti proiettivi, di negazione delle proprie difficoltà e di conseguente sfiducia nel pensiero e nel ruolo dell'interlocutore.

Addestrarsi a cogliere alcuni elementi che possono indicarci di essere entrati in risonanza con uno stato di disregolazione emotiva è doppiamente importante, in quanto costituisce anche una modalità indiretta per comprendere se la coppia in quel momento si trova al di fuori della propria finestra di tolleranza, se è presente un deficit di mentalizzazione e, quindi, riconoscere una condizione di impotenza terapeutica, non potendo fare affidamento su sufficienti risorse elaborative.

Nel lavoro con le coppie altamente conflittuali è indispensabile che il terapeuta potenzi la propria capacità di autosservazione e automonitoraggio, in quanto è frequente trovarsi nella situazione definita *flooding del terapeuta* (testualmente allagamento, inondazione) che consiste in una risposta ansiosa di massima intensità, presente quando la disregolazione del paziente coinvolge il terapeuta e che può essere rilevata attraverso l'analisi della precocità o del ritardo degli interventi che egli mette in atto. La fretta del clinico di dare risposte, spesso sovrappo-
nendosi e/o ignorando le affermazioni di uno dei partner, segnala la possibilità che egli si trovi in una situazione di *iperarousal* mentre, al contrario quando si assiste a una situazione di blocco, una sorta di "stato stuporoso del terapeuta", è probabile che ci si trovi in una condizione emotiva di *ipoarousal*, in entrambi i casi probabilmente all'interno di dinamiche collusive con il funzionamento della coppia.

Il pericolo di un'eccessiva attivazione emotiva del terapeuta può essere indicato anche dall'exasperazione della triangolazione, avvertibile

quando ci sentiamo nettamente collocati dalla parte di uno o dell'altro membro della coppia, pur considerando la presenza di una soglia fisiologicamente e consapevolmente accettabile in virtù del fatto che ogni clinico ha una sua storia personale, che lo rende vulnerabile al fatto di potersi percepire maggiormente vicino al punto di vista di uno o dell'altro.

Uno degli strumenti più efficaci per reagire preventivamente alla disregolazione emotiva della coppia è, infatti, lasciarsi guidare da un'ipotesi sul funzionamento della relazione di coppia, il paziente, come già sottolineato, è la relazione di coppia, e il terapeuta può contenere le risonanze emotive che lo portano ad avvicinarsi all'uno ed all'altro solo se è consapevole degli aspetti fondamentali legati allo scambio di parti si sé, dinamica strettamente connessa al tentativo di riparare ferite/mancanze da ricondurre alle relazioni nelle rispettive famiglie d'origine. Avere chiara la diagnosi relazionale della coppia è, secondo noi, l'antidoto principale all'esondazione emotiva del terapeuta, in quanto gli permette, anche nel momento in cui sente salire il livello di coinvolgimento emotivo, di dare un senso a ciò che sta vedendo, di connettere quello che sta succedendo con le vicissitudini delle storie delle persone e di tenere distinto ciò che appartiene a sé da ciò che è dei pazienti, introducendo nella relazione terapeutica un'esperienza di differenziazione (Mazzei D., Giacometti K., 2011).

Abbiamo inoltre constatato, nella pratica clinica, come un ulteriore fattore che può segnalare una condizione deficitaria rispetto alla capacità di sintonizzazione e mentalizzazione sia rappresentato dalla narrazione ricorrente ed emotivamente intensa di episodi emblematici appartenenti alla storia della coppia, che rappresentano ferite profonde della relazione e che vengono indicati dai partner come eventi che hanno segnato un cambiamento nella modalità di percepire l'altro e la relazione con lui.

Questi "attrattori semantici" fanno riferimento a qualcosa che da quanto è accaduto connota di un senso, una sorta di cartina al tornasole che dispiega, a volte in senso negativo, il significato della storia delle persone, come ad esempio può essere la frase "*Ho capito chi eri quando invece di stare con me mentre ed avevo le doglie hai preferito andare al lavoro*" oppure "*Ho capito chi eri quando hai lasciato decidere a tua madre come dovevamo fare il banchetto di nozze*". Normalmente gli episodi emblematici nella vita delle coppie hanno a che fare con episodi riconducibili alla carenza di cura, di accudimento, di vicinanza

e comprensione attribuiti da un partner all'altro e diventano attrattori semantici in quanto, da quel momento in poi, sono entrati nel lessico di un membro della coppia per spiegare tutti i comportamenti dell'altro.

Il deficit di mentalizzazione consiste nel fatto che, in questi contesti relazionali, le persone non sono più interessate a capire quello che dice e sente l'altro, il suo punto di vista rispetto a ciò che sta accadendo, perché è l'episodio emblematico che spiega tutto in modo rigido e ripetitivo.

Da qui la potenza terapeutica che risiede nel poter trattare queste fratture relazionali, nel riuscire a rileggerle in un'ottica di complessità, all'interno di narrazioni meno rigide e intolleranti, per far sì che non continuino a svolgere il loro compito di lettura e significazione preventiva di tutto ciò che è accaduto e accade nella relazione.

I conflitti profondi e potenti che queste coppie ci rappresentano in seduta, non possono essere gestiti con semplici tecniche di negoziazione o ridefinizione cognitiva delle trame narrative, proprio perché connessi a ferite precedenti la storia di coppia, ricevute come figli nelle proprie famiglie d'origine, che caricano di emotività la relazione presente e non permetteranno di cooperare per un fine comune fintanto che non verranno disvelate le dinamiche disfunzionali sul piano relazionale ed emotivo.

Gli episodi emblematici forniscono, inoltre, importanti informazioni per comprendere l'assetto collusivo della coppia, costituiscono importanti porte di ingresso al funzionamento relazionale in quanto sono sempre connessi al tema emozionale prevalente per le persone, quello che costituisce il legame inconsapevole alla base dello scambio di parti di sé.

Un ultimo elemento che può fornirci delle indicazioni in merito alla disregolazione emotiva della coppia riguarda la coerenza tra il livello di attivazione emotiva dei pazienti e l'evento di cui si sta parlando, fattore che fornisce importanti informazioni circa il grado di differenziazione delle persone: maggiore è l'incongruità fra l'attivazione emotiva e lo stimolo contingente, che può essere costituito da una narrazione, un comportamento dell'altro o un intervento del terapeuta, e più è alta la probabilità che si sia verificato un collegamento con alcune ferite dell'attaccamento, un'invasione del passato nello spazio mentale delle persone. In tal caso occorre capire perché la soglia di attivazione sia in quel momento così bassa, individuare quale esperienza dolorosa e non

elaborata sia stata rievocata e aiutare le persone a creare dei nessi fra presente e passato.

La psicoterapia sensomotoria propone una distinzione fra emozione primaria ed emozione secondaria (Ogden P., 2016) a nostro avviso interessante: l'emozione primaria corrisponde all'emozione realmente provata per ciò che sta accadendo, mentre l'emozione secondaria è quella legata al processo di adattamento, frutto dell'organizzazione difensiva della personalità che viene espressa quando la persona si trova, per motivi differenti, nell'impossibilità di provare o di esprimere l'emozione primaria. Il clinico può trovarsi disorientato dall'uso difensivo delle emozioni da parte dei pazienti ed è, quindi, importante riuscire a distinguere e fare emergere le espressioni emotive utili sul piano terapeutico da quelle che hanno effetti negativi, spesso disregolanti la relazione.

La rabbia, ad esempio, è una di quelle emozioni che spesso assume una funzione di copertura, cioè, viene utilizzata dalle persone in quanto ritenuta più funzionale, accettabile, rispetto, ad esempio, al dolore, che è un'emozione molto più difficile da esprimere e da sopportare, anche quando espressa da altri. Ci sono, invece, persone per le quali il dolore, l'espressione della fragilità assumono una funzione difensiva, coprono l'impossibilità di esprimere altre emozioni ritenute pericolose per la tenuta della relazione. All'interno di un assetto relazionale è importante individuare e rendere consapevole l'utilizzo difensivo, ripetitivo e automatico delle emozioni secondarie poiché far emergere solo queste ultime non è utile in chiave trasformativa. Infatti non serve far ripetere alle persone l'esperienza emozionale di copertura, ma è importante riuscire a fare esprimere, contenendone l'effetto dirompente, l'emozione connessa con la ferita originaria, con la carenza sperimentata, con l'elemento che nella propria storia ha caratterizzato il dolore, la mancanza, l'assenza.

***“Il ferro va battuto quando è caldo ma non incandescente”*: affrontare la disregolazione emotiva, alcune tecniche operative**

“Il ferro va battuto quando è caldo ma non incandescente” significa mettere in atto le strategie necessarie affinché le persone siano nelle condizioni ottimali per poter attivare un pensiero integrato e un processo elaborativo.

Con le coppie ad alta conflittualità, come in ogni contesto contraddi-

stinto da disregolazione, la prima preoccupazione che deve muovere il clinico è quella di interrompere le sequenze disregolate, in quanto non hanno nessuna utilità e rendono vano qualsiasi intervento terapeutico, ed è possibile attuarlo principalmente attraverso tutti quegli interventi che riorientano l'interazione al qui e ora. Prenderemo ora in esame alcune tecniche da utilizzare quando, dopo aver interrotto la sequenza disregolata e aver messo in sicurezza la relazione, il flusso della comunicazione dei pazienti segnala esserci ancora la necessità di intervenire per ripristinare l'*arousal*, lavorando sul rinforzo e la promozione di quelle competenze individuali e relazionali che abbiamo visto essere indispensabili per l'avvio di un processo terapeutico.

La tecnica del "ricostruire la catena interattiva" consiste nell'attivare nella persona un pensiero su quanto è successo nella relazione. E' importante che tutti gli interventi finalizzati a riportare l'*arousal* nella finestra di tolleranza siano rivolti al singolo alla presenza dell'altro e non alla coppia, in quanto, in questo momento, verrebbero attivate le medesime dinamiche disfunzionali. Si tratta di far ricostruire ai pazienti la sequenza che ha portato alla disregolazione, per capire quale è stato il momento dell'interazione in cui è stato percepito il dolore in modo più intenso, quali sono state le cose che sono successe che hanno attivato la minaccia o l'offesa. Questo passaggio permette un'integrazione delle funzioni cognitive e un contenimento dell'attivazione emotiva in quanto la persona è costretta a pensare a sé stessa, a concentrarsi sul suo pensiero e a rimanere focalizzata sulla relazione con il terapeuta e non sulla relazione di coppia.

La ricostruzione della catena interattiva permette, inoltre, un contatto, una sintonizzazione con dolori e ferite che probabilmente le persone non riuscivano a mettere a fuoco, e questo può avere effetti importanti sia in termini di consapevolezza personale per chi racconta, che in termini di possibilità per l'altro, che ascolta il racconto, di introdurre significati nuovi, legati alla necessità di difendersi da un dolore profondo, per spiegare comportamenti del partner fino ad allora vissuti come irrazionali. E' indispensabile conoscere la sequenza delle fasi che, normalmente, portano a una situazione di disregolazione emotiva, iniziando dall'individuazione dell'innescò, cioè da qualcosa che accade nella relazione e che scatena la disregolazione emotiva. Generalmente in seduta, una frase, un atteggiamento, un comportamento, un racconto del partner può avere il potere di rimettere l'altro in contatto con una feri-

ta originaria e contemporaneamente di riattivare l'immagine di sé che scaturisce da quella ferita. L'effetto emotivamente dirompente deriva dal fatto che la persona, quasi immediatamente, accede internamente a quella rappresentazione di sé connessa direttamente a un'esperienza relazionale negativa e dolorosa e si sente esattamente come si è sentita nel passato e come non avrebbe voluto sentirsi più. Se, per esempio, la ferita nella relazione con la propria famiglia aveva a che fare con tematiche relative al non essere stata presa in considerazione, nel momento in cui il partner tende ad ignorarla nella relazione attuale, la persona attiverà dentro di sé la rappresentazione che ha portato faticosamente con sé per molto tempo e risperimenterà potentemente lo stesso dolore. La doppia ferita, ciò che rende gli eventi emotivamente così potenti e disorientanti e la disregolazione ancora più severa, risiede nel fatto che le persone vengono riportate indietro in un passato che pensavano superato, si sentono allo stesso modo in cui si sentivano nella famiglia d'origine e chi le fa sentire così male è esattamente la persona che, paradossalmente, loro stesse hanno scelto perché sembrava al momento dell'innamoramento poter farle sentire in un modo diverso. In quel momento scattano le difese di sopravvivenza, il partner diventa un pericoloso persecutore e viene attaccato, disprezzato, evitato, criticato, innescando così una catena conflittuale che si autoalimenta in quanto l'altro, in una dimensione di reciprocità, mette in atto la stessa sequenza di reazioni.

In presenza di una fase di disregolazione emotiva le persone sono connesse al "là e allora" nel momento in cui c'è stata la ferita originaria ed è necessario riorientarle al presente, al "qui e ora". In questa direzione l'intervento terapeutico con le coppie può efficacemente avvalersi di tutte quelle tecniche proposte dalla psicoterapia sensomotoria e finalizzate alla regolazione somatica: l'orientamento, la centratura, il radicamento, l'allineamento o il lavoro sui confini. Queste tecniche si basano sulla sperimentazione di una serie di semplici movimenti che permettano la riconnessione con noi stessi e con il nostro corpo, limitando così le risposte reattive, si tratta cioè di incrementare una consapevolezza corporea e sperimentare un'autoefficacia nella regolazione emotiva⁴.

Lo stesso principio di fondo governa l'efficacia dell'atteggiamento del "descrivere e non giudicare", con il quale si chiede alle persone sia di descrivere la situazione conflittuale, in modo che il guardarsi dall'esterno le aiuti a disinnescare le reazioni emotive, e di concentrarsi sulle

⁴ Per una descrizione di queste semplici tecniche è possibile consultare Ogden P., Fisher J. (2016), *Psicoterapia sensomotoria*, Raffaello Cortina, Milano.

proprie reazioni interne (emozioni, sensazioni, desideri, pensieri) con l'obiettivo di ritrovare il controllo di sé.

Un altro atteggiamento che può essere incoraggiato consiste nel “definirsi senza reagire”, rivolgere la propria attenzione all'altro per riconoscerne il punto di vista, legittimarne la posizione e le motivazioni. Si tratta di accompagnare il paziente, con cui si sta lavorando ad affermare il proprio punto di vista e contemporaneamente legittimare il punto di vista dell'altro, introdurre una modalità di pensiero e di comportamento più complessa, meno rigida ed escludente. Non si tratta di proporre esercizi di ascolto attivo o tecniche per promuovere l'assertività ma, come sostiene Morineau J. (2004), occorre costruire contesti relazionali nei quali permettere un ascolto autentico ed emotivamente sintonizzato che permetta il riconoscimento della sofferenza generata dal conflitto in un'ottica di riparazione della relazione.

Nel corso del colloquio clinico, per favorire il processo di desaturazione dello spazio mentale e facilitare una comunicazione più autentica, è utile che il terapeuta, ma anche il mediatore, utilizzi la tecnica del “parlare al posto dell'altro”, o della ridefinizione, che consiste nel tradurre il pensiero dell'altro epurandolo dalle espressioni legate al linguaggio delle difese di sopravvivenza. Ad esempio il rimprovero di una moglie arrabbiata che dice *“Il problema è che sei egoista e per me non ci sei mai stato”* può introdurre nuovi nessi e dinamiche se diventa *“Sua moglie le sta esprimendo la sua fragilità e il desiderio di vivere con lei una vicinanza affettiva che le è mancata”*.

Nell'uso di questa tecnica naturalmente occorre prestare attenzione a non forzare il pensiero del paziente in chiave manipolatoria, altrimenti si rischia un rifiuto delle ridefinizioni, in quanto esse non vengono percepite come congrue rispetto al proprio stato emotivo, non sono cioè ritenute assimilabili, integrabili al proprio pensiero e perdono la possibilità di essere introdotte come elementi di cambiamento. Il modo più efficace per costruire una ridefinizione è partire dall'individuazione delle parti di sé che le persone hanno più difficoltà a esprimere, come ad esempio il bisogno di essere aiutati, sostenuti, il desiderio di vicinanza, e cercare di dare voce, attraverso le proprie parole, a queste fragilità inesprese e non sostenute.

Con le coppie altamente conflittuali risultano, quindi, particolarmente utili tutte le tecniche di gestione alternativa del conflitto, tutti quegli interventi finalizzati a permettere il disvelarsi dell'esperienza di una re-

lazione affidabile, che mostra una tenuta di fronte all'espressione delle differenze, che rende possibile l'espressione del proprio punto di vista, dei propri sentimenti, delle proprie ferite e dei propri bisogni senza mettere in discussione il piano dell'affetto e della vicinanza emotiva.

Per poter allenare nelle persone un'attenzione all'ascolto del proprio stato corporeo ed emotivo, e di conseguenza di quello dell'altro, riteniamo molto utile introdurre alcuni momenti in cui utilizzare la *Mindfulness*, una tecnica che consiste in una serie di esercizi di concentrazione, fra cui la "scansione corporea" e il "controllo della respirazione" che aiutano a potenziare la capacità di percepire e dare significato a quello che sta succedendo dentro sé stessi mentre questo accade. Si tratta di potenziare una meditazione consapevole, accompagnando le persone a un'osservazione neutra, rilassata rispetto ai movimenti, ai cambiamenti, le sensazioni, i pensieri, le emozioni. In *mindfulness* si costruisce un'esperienza opposta a quella dell'automatismo, cioè si costringono le persone a gestire le emozioni attivando l'attenzione, le funzioni corticali superiori, il ragionamento che permettono di non reagire in base a memorie implicite, poco consapevoli e di distinguere il presente dal passato.

Sul piano delle tecniche, l'integrazione fra ottica sistemico-relazionale e approccio *mindfulness* ci ha permesso di sperimentare la tecnica della *Scultura di coppia in mindfulness focalizzata*, risultata molto utile soprattutto all'interno del processo terapeutico con coppie particolarmente reattive, con una soglia molto bassa di attivazione del conflitto. Ai singoli membri della coppia viene chiesto di rappresentare il loro conflitto e, a differenza della scultura tradizionale, si lasciano nella posizione finale più a lungo, mettendoli nella condizione di *mindfulness*: si chiede loro di chiudere gli occhi, di concentrarsi su quello che stanno provando, sui movimenti, sulle tensioni e le percezioni a livello corporeo ed emotivo. L'obiettivo è quello di fissare, come fossero in un fermo immagine, le sensazioni procurate dallo stare nella posizione conflittuale sul piano profondo delle memorie implicite corporee: questo aspetto fornisce all'esercizio un potere molto elevato di attivazione della connessione fra presente e passato, molto più forte che non quello della scultura tradizionale. Le persone riescono a focalizzarsi in modo più immediato sull'emergenza della relazione, il fatto che la posizione sia stata composta anche dall'altro crea un contatto diretto con l'aspetto della ferita conflittuale che appartiene alla relazione: si stabilisce un

nesso fra le ferite personali e la sofferenza relazionale.

Se volessimo sistematizzare sinteticamente quelli che, a nostro avviso, sono i passaggi fondamentali di un processo finalizzato al potenziamento della capacità dei membri della coppia di pensare i propri pensieri, che integri tecniche differenti e che permetta al clinico di utilizzare proficuamente i momenti altamente conflittuali, potremmo partire innanzitutto dal riconoscimento della disregolazione emotiva che, come abbiamo visto, può avvenire sia attraverso l'osservazione di quelle specifiche caratteristiche del pensiero "borderline" che segnala un'interruzione dei processi di mentalizzazione l'equivalenza psichica, la pseudomentalizzazione, il pensiero teleologico. Sottolineiamo inoltre che la presenza di disregolazione emotiva può essere colta efficacemente dal clinico attraverso l'osservazione di indicatori somatici (Ogden P., 2009, 2016) e attraverso la propria risonanza emotiva: il *flooding* del terapeuta.

Il secondo passaggio è l'interruzione della sequenza disregolata finalizzata ad una diversa collocazione nella "finestra di tolleranza". A questo punto risulta molto utile aiutare la coppia a riflettere su ciò che è successo nel "qui ed ora" della seduta, orientarli ad un'auto-osservazione per esempio attraverso la ricostruzione della catena interattiva che ha generato la disregolazione emotiva e l'innescare delle difese di sopravvivenza. Seguendo lentamente, attraverso una sorta di moviola, cosa è accaduto internamente ai due partner, possiamo indagare dove le persone hanno iniziato a sperimentare quella sensazione emotiva nel loro passato, dove hanno imparato a sentirsi così, aprendo la strada ad una riflessione sulla dimensione trigerazionale, in altre parole quali parti delle persone tornano dal passato ed impediscono una sintonizzazione emotiva con l'altro nel presente.

In altre parole dopo aver individuato e fatto descrivere la sequenza che ha provocato la disregolazione, ci si pone in relazione con i singoli chiedendo loro di descrivere come si sentono, procucendo così un distanziamento dalla relazione conflittuale e contemporaneamente, attraverso le generalizzazioni, si inizia a indagare in quali altri momenti e con quali altre persone è stato sperimentato lo stesso tipo di ferita. Questo allargamento di contesto costituisce un passaggio molto importante, in quanto permette di far pensare alle persone circa il fatto di avere un ruolo, un peso e delle responsabilità nella definizione del contesto relazionale disfunzionale, permettendo una maggiore definizione, autodeterminazione mentre assistiamo contemporaneamente a una diminuzione della

rabbia nei confronti del partner (Mazzei D., Neri V., 2017).

Attraverso l'utilizzo della *mindfulness* si porta la persona a lavorare su di sé, con esercizi di autoascolto, auto osservazione del proprio corpo e delle proprie emozioni e sensazioni, per poi procedere con lo stabilire dei collegamenti sul piano trigenerazionale rispetto alle esperienze del passato che hanno portato alla costruzione dei modelli interiorizzati di relazione che la persona sta riproponendo nel presente (Benjamin S.L., 1996).

Le domande a cui il sistema terapeutico deve cercare risposte sono: *“Dove le persone hanno imparato a sentirsi così? Quali sono state le esperienze della sua vita in cui si sono sentite allo stesso modo? Dove hanno imparato questa modalità di significazione degli eventi?”* Creare dei nessi con il passato transitando per le esperienze dolorose, i conflitti, le ferite permette un'attivazione emotiva oltre che cognitiva, ci permette di aumentare la significatività dei nostri interventi e ci pone in quel *range* ottimale della finestra di tolleranza, al confine con la zona di *iperarousal*, in cui preparare il contesto relazionale adatto per affrontare il lavoro terapeutico. Occorre arrivare a far pensare alle persone che c'è una parte di loro che torna dal passato, che li impegna ancora notevolmente e che impedisce di comprendere e gestire il conflitto nel presente. Se all'interno della relazione terapeutica i partner arrivano ad avere una consapevolezza reciproca - per questo è importante che l'intervento sia fatto alla presenza dell'altro - che in alcuni momenti ci sono delle parti di sé che impediscono una visione lucida e pacata della storia e degli attori in scena, stiamo innescando processi elaborativi di desaturazione dello spazio mentale.

«Solamente attraverso una consapevolezza del nostro funzionamento (modelli interiorizzati di relazione) e delle nostre aree sensibili diventa possibile evitare la “confusione”, intesa nell'accezione originale di “fusione con”: non riuscire cioè a distinguere quali siano i sentimenti, le emozioni, i pensieri che appartengono a noi e alla nostra storia e quelli che appartengono ai membri della coppia» (Mazzei D., Neri V., 2017, p. 81). In situazioni segnate dalla sfiducia nella relazione, il terapeuta deve procedere attraverso ridefinizioni e riparazioni progressive; un potente ed efficace passaggio terapeutico è quello legato alla possibilità di far sperimentare ai pazienti un modello di relazione nel quale il raggiungimento dell'equilibrio e del benessere non è dato a priori e non si raggiunge una volta per sempre, ma passa attraverso la discontinuità

della relazione e il costante mettersi in ascolto di sé stessi e dell'altro, cercando un equilibrio fra le molteplici e complesse dimensioni della vita.

Concludiamo affermando che nella nostra esperienza clinica riteniamo che il primo strumento utile per ampliare la finestra di tolleranza dei pazienti sia la relazione terapeutica, attraverso la quale offrire adeguati pattern di regolazione interattiva ed esperienze in grado di riconoscere e sostenere la legittimità delle difficoltà che hanno reso necessario il contenimento mettendo, contemporaneamente, in discussione la modalità disfunzionale attraverso cui la legittimazione e il contenimento vengono richiesti. Occorre, cioè, riprendendo un tema caro alla psicoterapia sistemica relazionale (Andolfi M., 1977, 1987, 1999 ; de Bernart R., 2011) sostenere le persone mentre si attaccano le funzioni che connotano la relazione, cercando di promuovere la sintonizzazione con e fra i membri del sistema, capacità che il conflitto erode drasticamente. La relazione è il nostro paziente e nella relazione è la nostra cura.

RIASSUNTO

L'autore affronta il tema dell'importanza dell'integrazione fra diversi modelli teorici in psicoterapia a partire da alcune riflessioni intorno alla relazione terapeutica con le coppie ad alta conflittualità, all'interno di una cornice teorica sistemico-relazionale trigenerazionale. L'articolo illustra come la complessità di tali configurazioni relazionali, caratterizzate da un funzionamento "coppia-specifico" di tipo borderline, abbia reso particolarmente interessante e proficuo il confronto con contributi teorici diversi e come questo si sia sviluppato in due distinte direzioni: una teorica finalizzata a facilitare la lettura e la comprensione delle interazioni, emozioni e reazioni degli attori del sistema terapeutico e una clinica che ha, invece, fornito la possibilità di mutuare e adattare tecniche differenti, permettendo di ampliare la "cassetta degli attrezzi" del terapeuta. L'autore introduce il proprio modello e i costrutti centrali di trasmissione generazionale e di spazio mentale, ipotizzando che i partner appartenenti a coppie definite ad alta conflittualità presentino storie personali in cui l'invasione di pensieri, rappresentazioni ed emozioni del passato non elaborate, e quindi poco consapevoli, possa avere esitato nella saturazione dello spazio mentale, provocando delle reazio-

ni e dei comportamenti apparentemente inspiegabili, irrazionali e poco congrui al contesto relazionale del momento. Vengono poi presentati i contributi di importanti autori, essenziali per la comprensione dei motivi per cui le capacità interpersonali e di significazione delle persone possono arrivare a collassare e a bloccare l'intero sistema terapeutico in dinamiche relazionali emotivamente disregolate, rigide e frustranti. Particolarmente rilevanti in questo senso i concetti di soglia di attivazione del funzionamento borderline di Cancrini, quello di mentalizzazione di Fonagy, di regolazione emotiva di Stern e gli studi di Porges sulle reazioni neurobiologiche alle situazioni di pericolo.

Coerentemente al principio sistemico-relazionale per cui la relazione terapeutica, e quindi il terapeuta stesso come parte fondamentale della scena, sia il primo e il più importante strumento clinico da utilizzare in seduta, vengono fornite indicazioni al clinico per l'individuazione, nel corso dell'osservazione del "qui e ora", di indicatori che possano segnalare se la coppia si trova in una condizione di disregolazione emotiva, se lo spazio mentale dei partner appare saturo di contenuti non elaborati che opacizzano la visione dell'esperienza relazionale presente. Vengono, quindi, proposte tecniche terapeutiche, in parte mutate dalla psicoterapia sensomotiva (Odgen) finalizzate a riportare i pazienti in un assetto personale e relazionale regolato e sufficientemente consapevole. L'intervento si conclude con l'indicazione dei passaggi fondamentali di un processo terapeutico rivolto a coppie il cui funzionamento è caratterizzato da disregolazione emotiva e difficoltà nei processi di sintonizzazione e mentalizzazione, che si pone l'obiettivo, integrando tecniche differenti, di potenziare la capacità della coppia di "pensare i propri pensieri" e fornisce al clinico strumenti efficaci per la gestione costruttiva e consapevole di situazioni altamente conflittuali.

SUMMARY

The therapeutic relationship with high-conflict couples

The author addresses the issue of the importance of the integration between different theoretical models in psychotherapy starting from some reflections, around the therapeutic relationship with high conflictual couples, within a theoretical trigenerational systemic-relational frame-

work. The article illustrates how the complexity of these relational configurations, characterized by a borderline "couple-specific" functioning, made the comparison with different theoretical contributions particularly interesting and profitable and how this developed in two distinct directions: a theoretical one aimed at facilitating the reading and understanding of the interactions, emotions and reactions of the actors of the therapeutic system and a clinic on that has, on the contrary, provided the possibility of mutating and adapting different techniques, allowing to expand the therapist's "toolbox". The author introduces his own model and the central constructs of generational transmission and mental space, assuming that the partners belonging to couples defined as highly conflicting present personal stories in which the invasion of thoughts, representations and not processed emotions of the past, and therefore little aware, may have hesitated in the saturation of the mental space provoking apparently inexplicable reactions and behaviours, irrational and inadequate to the relational context of the moment. The contributions of important authors are then presented, which are essential for understanding the reasons for which the interpersonal and signification capacities of people can collapse and block the entire therapeutic system in emotionally dysregulate, rigid and frustrating relational dynamics. Particularly relevant in this sense are the concepts of activation threshold of the borderline operation of Cancrini, that of mentalization of Fonagy, of emotional regulation of Stern and the studies of Porges on the neurobiological reactions to situations of danger.

Consistent with the systemic-relational principle that the therapeutic relationship, and therefore the therapist as a fundamental part of the scene, is the first and most important clinical tool to be used in the session, indications are provided to the clinician for identification during the course of the observation of the here and now, of indicators that can signal if the couple is in a condition of emotional dysregulation, if the mental space of the partners appears saturated with unprocessed contents that opacify the vision of the present relational experience. They are, therefore, proposals therapeutic techniques, partly borrowed from sensorimotor psychotherapy (Odgen) aimed at bringing patients back into a regulated and sufficiently aware personal and relational structure. The intervention concludes with the indication of the fundamental passages of a therapeutic process aimed at couples whose functioning is characterized by emotional dysregulation and difficulties in the

processes of attunement and mentalization, which aims, by integrating different techniques, to enhance the couple's ability to "think their own thoughts" and provide the clinician with effective tools for constructive and conscious management of highly conflicting situations.

Bibliografia

- Allen J. G., Fonagy P. (a cura di) (2008), *La mentalizzazione. Psicopatologia e trattamento*, Il Mulino, Bologna.
- Andolfi M. (a cura di) (1999), *La crisi della coppia. Una prospettiva sistemico-relazionale*, Raffaello Cortina, Milano.
- Andolfi M. (1977), *La terapia con la famiglia. Un approccio relazionale*, Astrolabio, Roma.
- Andolfi M. (1987), *Tempo e mito nella psicoterapia familiare*, Bollati Boringhieri, Milano.
- Bateman A., Fonagy P. (2006), *Il trattamento basato sulla mentalizzazione. Psicoterapia con il paziente borderline*, Raffaello Cortina editore.
- Beebe B., Lachmann F. M. (2002), *Infant Research e trattamento degli adulti. Un modello sistemico-diadico delle interazioni*, Raffaello Cortina, Milano.
- Benjamin S.L. (1999), *Diagnosi interpersonale e trattamento dei disturbi di personalità*, LAS, Roma.
- Bing E., "The conjoint family drawing", in *Family Process*, 9, pp 173-193.
- Bowen M. (1979), *Dalla famiglia all'individuo. La differenziazione del sé nel sistema familiare*, Astrolabio, Roma.
- Cancrini L. (2012), *La cura delle infanzie infelici. Viaggio nell'origine dell'oceano borderline*, Raffaello Cortina, Milano.
- Cancrini L. (2006), *Oceano borderline*, Raffaello Cortina, Milano.
- Cancrini, L., La Rosa C., (1991), *Il vaso di Pandora. Manuale di psichiatria e psicopatologia*, Carrocci, Roma.
- Carli L., Cavanna D., Zavattini G.C. (2009), *Psicologia delle relazioni di coppia*, Il Mulino, Bologna.
- Cigoli V., Scabini E. (2000), *Il familiare. Legami, simboli e transizioni*, Raffaello Cortina, Milano.
- Cirillo S., Selvini M., Sorrentino A.M. (2016), *Entrare in terapia. Le*

- sette porte della terapia sistemica*, Raffaello Cortina, Milano.
- de Bernart R., *La mente attraverso lo specchio, manuale di terapia familiare relazionale*, Franco Angeli, in press., Milano.
- de Bernart R., Senatore I., (2011), *Cinema e terapia familiare: il ciclo di vita della famiglia attraverso la cinepresa*, Franco Angeli, Milano.
- Dotti U. (a cura di) (2015), *Lucrezio, La natura delle cose*, Feltrinelli, Milano.
- Elkaim M., (1999), "Terapia di coppia, sistema terapeutico e risonanza", in Andolfi M. (a cura di), *La crisi della coppia - Una prospettiva sistemico-relazionale*, Raffaello Cortina, Milano.
- Fivaz Depeursing E., Corboz-Warnery A. (2000), *Il triangolo primario*, Raffaello Cortina, Milano.
- Fonagy P. (1996), "Attaccamento sicuro e insicuro", in *Rivista KOS*, Editrice San Raffaele, 129, giugno, pp. 26-32.
- Fonagy P., Gergely G., Jurist E.L., Target M. (2005), *Regolazione affettiva, mentalizzazione e sviluppo del sé*, Raffaello Cortina, Milano.
- Framo J. (1996), *Terapia intergenerazionale - Un modello di lavoro con la famiglia d'origine*, Raffaello Cortina, Milano.
- Gennari M.L., Tamanza G. (2012), *Il disegno congiunto della famiglia*, Franco Angeli, Milano.
- Kernberg O. (1985), *Mondo interno e realtà esterna*, Milano, Bollati Boringhieri, Milano.
- Kernberg O., Sells M., Koenigsberg H.W., et al. (1997), *Psicoterapia psicodinamica dei pazienti borderline*, Univ. Romana, Roma.
- Kerr M.E., Bowen M., (1990), *La valutazione della famiglia. Un approccio terapeutico basato sulla teoria boweniana*, Astrolabio, Milano.
- Lemair J.G. (1981), *Vita e morte della coppia*, Cittadella, Assisi.
- Linehan M. (2011), *Trattamento cognitivo-comportamentale del disturbo borderline* (2 volumi), Bollati Boringhieri, Milano.
- Liotti G., (1999), "Il nucleo del Disturbo Borderline di Personalità: un'ipotesi integrativa", in *Psicoterapia*, Moretti & Vitali, 5, 16/17, Bergamo; pp 53-65.
- Mahler M., Pine F., Bergman A. (1987), *La nascita psicologica del bambino*, Bollati Boringhieri, Milano.
- Malagoli Togliatti M., Mazzoni S. (2006), *Osservare, valutare e sostenere la relazione genitori-figli. Il Lausanne Trilogue Play Clinico*, Raffaello Cortina, Milano.

- Mazzei D., Giacometti K. (2011), *Il terapeuta sistemico-relazionale. Itinerari, mappe e nessi tra interazioni e rappresentazioni*, Franco Angeli, Milano.
- Mazzei D., Neri V. (2017), *La mediazione familiare. Il modello simbolico trigenerazionale*, Raffaello Cortina, Milano.
- McWilliams N. (2012), *La diagnosi psicodinamica*, Astrolabio, Roma.
- Messina S., Zavattini G.C. (2008), "Il Senso della relazione: note sull'interpretazione", in E. Nicolini (a cura di) *Quaderni di psicoterapia psicoanalitica. Coppia e famiglia in psicoanalisi*, Borla, Roma; pp. 93-103.
- Minuchin S., (1976), *Famiglie e terapia della famiglia*, Astrolabio, Roma.
- Minuchin S., Nichols M.P., Lee W.Y., Fishman. H.C. (2009), *Famiglia: un'avventura da condividere. Valutazione familiare e terapia sistemica*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Monguzzi F. (2006), *La coppia come paziente*, Franco Angeli, Milano.
- Morineau J. (2004), *Lo spirito della mediazione*, Franco Angeli, Milano.
- Ogden P., Fisher J. (2016), *Psicoterapia sensomotiva. Interventi per il trauma e l'attaccamento*, Raffaello Cortina, Milano.
- Onnis L. (a cura di) (2010), *Legami che creano, legami che curano*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Porges S.W. (2014), *La teoria polivagale*, Fioriti, Roma.
- Ruszczynski S., Fisher J. (2003), *Intrusività e intimità nella coppia*, Borla, Roma.
- Sameroff A.J., Mc Dough S.C., Roseblum K. (2004), *Il trattamento clinico della relazione genitore-bambino*, Il Mulino, Bologna.
- Sameroff A.J., Emde R. N. (1991), *I disturbi delle relazioni nella prima infanzia*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Santilli V. (1997), "Parole e contesto. Una conversazione con Giovanni Jervis", in *Rivista di Psicoterapia Relazionale*, Franco Angeli, n° 5, Milano; p.67.
- Santona A., Zavattini G.C. (2007), *La relazione di coppia*, Borla, Roma.
- Schore A.N. (2008), *La regolazione degli affetti e la riparazione del sé*, Astrolabio, Roma.
- Schützenberger A.A. (2004), *La sindrome degli antenati*, Di Renzo, Roma.
- Searles H. F. (1988), *Il Paziente borderline*, Bollati Boringhieri, Milano.

no; pag.11.

Shaver P.R., Mikulincer M. (2013), *L'attaccamento in età adulta. Struttura, dinamiche e cambiamento*, LAS, Roma.

Siegel D. J. (1999), *La mente relazionale*, Raffaello Cortina, Milano.

Stern D. (1995), *La costellazione materna*, Bollati Boringhieri, Torino.

Stern D. (1991), "Le rappresentazione dei modelli di relazione", in Emde N. R., Sameroff A.J. (a cura di), *I disturbi delle relazioni nella prima infanzia*, Bollati Boringhieri, Milano.

Tronik E. (2008), *Regolazione emotiva nello sviluppo e nel processo terapeutico*, Raffaello Cortina, Milano.

Whitaker C.A. (1990), *Considerazioni notturne di un terapeuta della famiglia*, (a cura di) Margaret O'Ryan, Astrolabio, Roma.

Parole chiave: integrazione, relazione di coppia, conflitto, funzionamento borderline, soglia di attivazione, variabili relazionali, terapia sistemico-relazionale, spazio mentale, mentalizzazione, disregolazione emotiva, tecniche terapeutiche.

Keywords: systemic-relational, trigenerational, intergenerational, transgenerational, attunement, mentalization, borderline functioning, emotional dysregulation, couple clinical, motor psychotherapy.