

Il sintomo

di *Anna Maria Sorrentino*

Psicologa, psicoterapeuta
Co-responsabile della Scuola di psicoterapia "Mara Selvini Palazzoli"

Sommario

Nel presente lavoro si dà conto di come il sintomo sia stato un filo rosso nella riflessione della scrivente, e dei colleghi con cui ha sempre lavorato, per costruire una teoria del disagio psichico.

Infatti negli anni 70 il sintomo era visto come un messaggio rivolto alla famiglia all'interno di un approccio comunicazionalista, parte di un sistema di cui costituiva perno dell'omeostasi. Successivamente fu interpretato come espressione del gioco familiare per divenire poi oggetto di riflessione che rimanda alla soggettività del paziente, alla gravità della sua sofferenza ai tratti della sua personalità.

Parole chiave

sintomo, soggettività, alleanza terapeutica, funzionamento psicopatologico, attaccamento, personalità.

Summary

In the present work, we can see how the symptom has been a red thread in the reflection of the writer, and of the colleagues with whom she has always worked, in order to construct a theory of psychic distress. In fact, in the 1970s, the symptom was seen as a message addressed to the family within a communicationist approach, part of a system of which it was the pivot of homeostasis.

Subsequently it was interpreted as an expression of the family game and then became an object of reflection that refers to the subjectivity of the patient, the severity of his suffering to the traits of his personality.

Keywords

symptom, subjectivity, therapeutic alliance, psychopathological functioning, attachment, personality.

Premessa

Al termine della mia scuola di specializzazione dell'Università Cattolica, dove avevo incontrato Mara Selvini Palazzoli, nostra docente, chiesi di poter frequentare l'allora neonato Centro per lo Studio della Famiglia di via Leopardi a Milano, in qualità di tesista.

Pur avendo solo ventiquattro anni e non sapendo nulla di psicoterapia se non ciò che avevo studiato, potevo aver l'audacia di una simile richiesta in quanto tra me e Mara si era già stabilito un legame di simpatia.

Io la perseguitavo con domande seguendola nei corridoi dell'università alla fine delle lezioni. Lei mi tollerava, senza sottrarsi mai, non so se impietosa o intenerita per i miei "occhini" curiosi che non la lasciavano fino a quando saliva sull'autobus alla fine delle lezioni.

Per la tesi quindi mi fece un discorso chiaro: se il suo collega dell'équipe, Luigi Boscolo, mi avesse accettato, avrei potuto seguire da dietro lo specchio unidirezionale la nascente équipe di lavoro. Era un esperimento. Se accettavo di non fare una terapia personale e mi dedicavo invece a riflettere sul nuovo paradigma teorico che intendevano sperimentare, avrebbero valutato la praticabilità di formare nuovi terapeuti attraverso questo percorso formativo fatto di studio e di esperienza indiretta, nell'osservazione di processi terapeutici.

Inizì il periodo più entusiasmante della mia formazione. Conobbi persone di fama quali Watzlawick, Haley, Minuchin e molti altri, vidi in diretta i casi di cui si parla in *Paradosso e controparadosso* (Selvini Palazzoli M., Boscolo L., Cecchin G., Prata G., 1975) e in tutti gli articoli del gruppo, partecipai alle discussioni di équipe di quel fantastico creativo periodo, diplomandomi nel 1974 con una tesi, relatrice Mara Selvini, su "Una nuova epistemologia del sintomo", dove già allora, dalla mia ingenua posizione di allieva, mi parve chiaro come il filo di Arianna del sintomo può condurci lontano.

Allora mi parve condurre soprattutto nell'interno del sistema, dei suoi equilibri, della sua omeostasi. Ora, dopo quarantacinque anni, tante terapie e tanta vita vissuta, capisco che il filo non ha ancora smesso di scorrere tra le mie mani.

Infatti, nel nostro ultimo lavoro, *Entrare in terapia*, (Cirillo S., Selvini M, Sorrentino A.M., 2016) abbiamo considerato la presenza di sette "porte" che conducono il terapeuta ad entrare in contatto con il mondo interno dei pazienti. Una di queste è la porta del sintomo. Le porte sono accessi riflessivi che possono facilitare, organizzando il colloquio, la costruzione dell'alleanza terapeutica.

Questa è premessa indispensabile alla formazione di un solido rapporto di aiuto. Il centro dove ci dirigono le varie porte è infatti sia il particolare, irripetibile, individuo che ci chiede cura, e sia, per noi sistemici, l'intreccio delle sue relazioni fondamentali, origine della forma specifica della sua soggettività. Alcune di queste porte ci mostrano infatti prevalentemente le relazioni che stanno intorno al paziente, quali la porta della diagnosi sistemica, o la porta della domanda e del contesto di cura; altre ci danno indicazione più vicina agli aspetti soggettivi del vissuto, quali ad esempio la porta delle emozioni del terapeuta o la porta dell'organizzazione della personalità del paziente.

La porta del sintomo

Come vedremo, la porta del sintomo, che cercheremo di esaminare in questo scritto, è una via che ci conduce a cogliere meglio l'esperienza del soggetto nella specifica fase della vita che lo porta all'incontro con noi. Il sintomo rappresenta infatti una sorta di linguaggio metaforico con cui il soggetto comunica al mondo la propria pena. Spesso il paziente invece non comunica neanche a se stesso il significato di ciò che il sintomo

esprime, rendendo necessario che sia il terapeuta a fornire una spiegazione di ciò che sta accadendo.

I nostri primi, generici tentativi di offrire una spiegazione psicologica del sintomo stesso, nelle fasi preliminari della presa in carico, rappresentano proprio lo sforzo terapeutico di restituire al soggetto il senso di ciò che gli accade e che ci sta esprimendo, una sorta di traduzione della metafora, un invito a decodificare assieme con noi la natura criptica del segnale.

La famiglia stessa, quando è presente alla consultazione, esprime un tentativo di dare significato al sintomo stesso, mostrando una teoria della malattia che è rappresentativa del bisogno di senso che gli esseri umani vivono riguardo a tutto ciò che concerne i propri pensieri.

Per quanto assurde o stereotipate siano le spiegazioni che i nostri interlocutori ci forniscono, queste rappresentano lo sforzo che l'uomo fa da sempre di dare significato ai prodotti della propria mente e di quella altrui.

Un padre avvocato mi parlava del sintomo del figlio diciassettenne che prende la forma del continuo procrastinare l'applicazione al compito scolastico; il ragazzo è sempre stato uno studente modello, ma ora i voti iniziano ad essere inferiori alle aspettative. Questo padre si presenta come molto esperto di relazioni umane, interessato alla psicologia con numerose letture del settore che cita continuamente. Tuttavia, la procrastinazione del figlio gli pare incomprensibile. Oscilla tra il viverlo come pigro o irragionevole perché non ha a cuore la sua salute, dormendo molto poco visto che si mette sui libri a sera tarda.

La spiegazione psicologica dell'ambivalenza tra il soddisfare le aspettative paterne di prestazione e l'atteggiarsi a soggetto deficitario come suo fratello maggiore autistico, che col proprio deficit intellettivo, (Sorrentino A.M., 2006) ha goduto del privilegio di un amore materno incondizionato, lo trova sconcertato come se la lingua con cui gli parlo fosse ostrogota.

L'impossibilità di quest'uomo ad accedere ad una visione psichica del conflitto nel figlio dei bisogni contrastanti insoddisfatti cui deve dare ascolto, richiede dunque una restituzione che dia senso al sintomo.

La peculiare modalità del terapeuta di dare significato psicologico al comportamento sintomatico è di per sé salutare, in quanto normalizza e allontana la percezione di alienità e/o di inadeguatezza che i sintomi suscitano, permettendo ai nostri interlocutori di poterne parlare come di qualcosa di comprensibile. Per il padre dell'esempio, realizzare la complessità dei vissuti del ragazzo, sebbene al prezzo di una grande fatica, è un'occasione di metterlo a fuoco, di comprenderlo in modo meno stereotipato.

Per quanto riguarda la mia esperienza di lavoro con i sintomi, devo confessare che questi hanno sempre suscitato in me un grande interesse, non tanto per la loro classificazione ufficiale, ma per come ciascun paziente personalmente li declina.

Se osserviamo le elencazioni dei manuali internazionali di diagnostica, ci rendiamo conto che queste classificazioni rappresentano un approccio descrittivo che rischia di allontanarci dalla altissima specificità del comportamento sintomatico di ciascun paziente. Ciò naturalmente senza negare l'utilità di queste descrizioni che ci mettono a disposizione un linguaggio che possiamo condividere nei nostri dibattiti clinici.

Quando però noi ci confrontiamo col paziente dovremmo essere attenti a che la diagnosi descrittiva formale non ci distraiga dal cogliere la specificità dell'incontro terapeutico (Sorrentino A.M., 1999).

Ad esempio, il tratto ossessivo compulsivo di un adulto che destina un intero locale del suo modesto appartamento a conservare, classificandoli, i biglietti del tram e dei treni o di qualunque mezzo di trasporto utilizzato nella vita, costringendo la moglie ed il figlio adulto a privarsi di quello spazio, mostra valenze diverse da quelle dell'adolescente che tasta le tasche dei pantaloni in preda all'ansia di aver perso il cellulare. L'uno, l'adulto, segnala tra le altre cose, una "prepotenza", una dominanza sull'altro in nome del sintomo, pur se associata ad una grande soggettiva fragilità, espressione del timore di perdere pezzi di sé.

Il ragazzo invece segnala prevalentemente una insicurezza nella propria capacità di aver cura dei suoi averi, come se in essi risiedesse il proprio valore e la propria sicurezza.

Ovviamente la spiegazione psicologica dei sintomi dovrà dare rilevanza a questa differenza ed orientare la terapia: nel caso dell'adulto, offrendo contenimento e spazio riflessivo sui propri diritti e sull'origine della propria angoscia, guidando così il paziente a superare le dimensioni infantili di "pretesa". Nel caso dell'adolescente si lavorerà sulla sicurezza, aiutando il ragazzo ad introiettare la fiducia nelle proprie risorse con una modalità di rinforzo supportivo.

Sintomo e alleanza terapeutica

Cogliere l'individualità dei nostri interlocutori, aiutati dalle nostre conoscenze, ma anche dall'apertura della nostra mente ad incontrare l'altro nella sua soggettività, è una buona premessa per una terapia di successo.

I sintomi sono in questo una traccia, un indizio che ci viene offerto fin dalle battute iniziali del nostro contatto: il modo in cui ci viene presentato il malessere, se con una diagnosi formale, oppure con una grande preoccupazione, o piuttosto con una irritata indifferenza, o perfino come fosse la prova di una vergognosa incapacità, forniranno ulteriori indicazioni su cui riflettere.

Il clima emotivo che circonda il sintomo, sia quando presentato dal paziente che quando ne parlano i familiari (nel caso di bambini o adolescenti non richiedenti), dà indicazione al terapeuta degli aspetti motivazionali verso la cura (Selvini M., 2003). La preoccupazione genitoriale, lo sconcerto che il paziente mostra verso la sua incapacità di gestire i sintomi, l'angoscia per il malessere e la sofferenza per la perdita che il sintomo produce sul piano esistenziale, danno la misura della motivazione al trattamento e consentono un orientamento cooperativo (Liotti G., Farina B., 2011).

Tuttavia spesso la terapia familiare deve affrontare atteggiamenti che sono espressione di resistenza sia da parte del paziente che da parte dei familiari. Se possiamo contare però sulla disponibilità di un sottosistema, ad esempio i genitori, possiamo impegnarci nel lavoro terapeutico con qualche speranza di successo.

Si tratta dei sintomi egosintonici, tossicodipendenza, (Berrini R., Cau R., 2018) anoressia o bulimia (Selvini Palazzoli M., Cirillo S., Selvini M., Sorrentino A.M., 1998), che ci vengono presentati dal paziente come realtà da cui non si desidera prescindere, dolorose, ma ad un tempo irrinunciabili. Ecco che i vissuti egosintonici, legati a sintomi così disturbanti, ci rivelano altri aspetti della psiche dei nostri pazienti, aspetti difensivi che hanno la loro radice nella sofferenza post-traumatica da cui si difendono aggrappandosi alla misera zattera del comportamento patologico (Selvini M., Sorrentino A.M., 2015).

In questi casi, il sintomo ci indica, vista la sua natura egosintonica, la dimensione del trauma: esso guida l'indagine ricostruttiva iniziale (Benjamin Smith L., 2004), per ipotizzare la presenza di una frattura, il trauma appunto, che ha colpito il paziente nella sua crescita. Quando questi eventi sfavorevoli, reali o interpersonali, saranno venuti alla luce, compresi e condivisi, potremo costruire una vera alleanza anche con il paziente che fino a quel momento avrà resistito, più o meno consapevolmente a pensare la propria vita oltre il sintomo.

Prima dovremo contare sulla disponibilità genitoriale a riflettere sulla vita del paziente per ricostruire la sofferenza che lo ha colpito, accettando di riconoscere il limite che inevitabilmente si evidenzierà nelle condotte genitoriali, premessa indispensabile per innescare un progetto di riparazione.

Per contro nella narrazione del paziente richiedente che accogliamo in una terapia individuale iniziamo a percepire il clima familiare in cui è stato allevato: indagando chi sia informato del suo disagio e/o della consultazione, possiamo percepire gli aspetti giudicanti, o ansiosi, caotici, o piuttosto autarchici del suo allevamento, entrando nella sua esperienza dei legami affettivi dolcemente, senza intrudere.

Nel caso di una consultazione familiare infatti, è l'atmosfera della conversazione che ci permetterà la visione sincretica delle relazioni, l'atmosfera del qui ed ora che si respira nella famiglia, orientandoci nel progetto terapeutico con quella che definiamo diagnosi sistemica. La danza tra la dimensione individuale e quella relazionale è ovviamente continua e, per stare nella metafora delle "porte", ogni "porta" ne apre altre.

Ad esempio, il sintomo anoressico (Selvini M., 2017), profondamente egosintonico, mi ha insegnato molte cose. Come leggere la tenacia irrazionale delle richieste alimentari espressa da ragazze descritte in precedenza come figlie ragionevoli e autonome, che esigono per sopravvivere cibi introvabili, ad esempio creste di gallo? Quale sarà il vissuto del terapeuta di fronte a questa dichiarazione? Si sentirà sconcertato per l'assurdo aspetto della richiesta? Si mostrerà scandalizzato per la passiva compiacenza di genitori che si lasciano seviziare da "una sciocchina" di quindici anni e dalle sue pretese? Che ne sarà dell'alleanza terapeutica?

Domandarci cosa significa quel sintomo, specificamente declinato a quel modo, è molto diverso dal sentirsi di fronte ad una anoressia come descritta nei manuali, perché quella anoressia ha contorni che ci fanno riflettere su un viraggio della personalità della "sciocchina" che ora, a differenza che in passato, desidera farla pagare a qualcuno con le sue assurde pretese. Infatti, qualcuno paga, correndo a cercare ciò che chiede.

Altri aspetti della stessa classificazione diagnostica possono mostrarci venature più depressive e angosciate, dove la riduzione alimentare mostra la propria gravità nel semplice drammatico digiuno espresso di fronte ad una porzione di insalata scondita, lentamente ruminata foglia per foglia da una pallidissima fanciulla scheletrica che dichiara pervicacemente di non digerire, o ancora da una adolescente che si riduce in fin di vita assumendo come unico cibo per giorni un cucchiaino di semolino diluito in un litro d'acqua. Solo successivamente arriveremo a comprendere che la sfida alla morte è sostenuta da una violenta ribellione della ragazza di fronte alla esclusione da un segreto familiare (Selvini M., 1994) riguardante l'esistenza di un primo figlio, morto a poche ore di vita, prima del suo concepimento, che ha occupato la mente e il cuore di sua madre, la quale ha con lei da sempre il rapporto benevolo che l'insegnante ha con una alunna, mentre la passione del suo cuore rimane vincolata all'antica perdita non elaborata. Ufficialmente la nostra ragazza non sa nulla di tutto questo, ma oscuramente sente che la morte è meglio, è più importante della vita, e a questa convinzione si adegua.

L'espressione del sintomo ci suscita profonde emozioni che inevitabilmente daranno uno specifico colore al nostro porci in relazione. Mara Selvini era maestra nel farsi guidare dal sentimento che il sintomo le suscitava. Da esso prendeva spunto non tanto per dividerlo con la paziente, assecondandola, ma più spesso mostrando alla paziente l'inganno in cui era precipitata, rileggendo il sintomo come una battaglia persa, indegna di esser combattuta. La forza con cui capovolgeva il vissuto di vittima in quello di attore che aveva mal valutato gli effetti della sua ribellione, aveva un effetto liberatorio e faceva della sua maieutica modalità di intervento il fulcro della seduta: questo in sostanza era il paradosso.

L'insegnamento che spesso mi trasmetteva era paradossale anche per me, tanto che mi costringeva a ribaltare le mie premesse esistenziali. Nel mio animo di giovane terapeuta abitava l'imperativo di portare aiuto, non di sfidare il paziente. Mi diceva infatti "puoi sempre amare i pazienti... se non sai fare niente di meglio".

Induceva in me il desiderio di andare oltre la pura empatia, per cercare di offrire al paziente quelle sintesi nuove che lo mettessero in condizione di chiamare a sé le sue risorse per superare un sentimento di impotenza in cui il sintomo lo costringeva, e reagirvi, riprendendo in mano la sua vita.

Il paradosso e la ricostruzione del gioco familiare smascherano infatti il carattere omeostatico del sintomo, che da un lato persegue il bisogno di un cambiamento, ad esempio restituendo una qualche forma di potere al soggetto, ma dall'altro stabilizza le relazioni e le rende immutabili. Queste modalità interpretative sfidano il blocco evolutivo che imprigiona il paziente, mostrando a tutti gli effetti interpersonali del sintomo, cristallizzazione dello *status quo*. Una delle "molle" che permisero rapidi, quasi miracolosi abbandoni di sintomi, anche cronici, all'epoca di *Paradosso e controparadosso* era fondata sul confrontare i pazienti col loro potere attivo, che tuttavia era "utilizzato" dagli altri per una fissità del sistema familiare. Fissità contro cui il paziente si ribellava.

Evidentemente questi cambiamenti non modificavano le fragili personalità sottostanti il sintomo, ma almeno permettevano ai pazienti stessi nuove percezioni della propria forza e vitalità, reinsередendoli nel flusso esistenziale.

Ad esempio, le anoressiche adolescenti (Cirillo S., Selvini M., Sorrentino A.M., 2011), spesso dotate, potevano contare su aree sufficientemente conservate del Sé e trovavano giovamento nel pensarsi attori anziché vittime del sintomo. Pur ricorrendo successivamente a percorsi individuali di terapia durante i quali i temi riflessivi venivano in soccorso alla loro maturazione (come rilevano i follow up riportati in Mara Selvini Palazzoli et al., 1998), riuscivano ad utilizzare queste occasioni di attivazione fornite dalle sedute familiari.

Infatti un'indomita fiducia di Mara Selvini Palazzoli nelle risorse del paziente, nel principio cioè della sua competenza comunicativa, restituiva alle pazienti anoressiche una speranza nella propria funzione "agente", affidando loro il governo della propria vita.

Normalizzare, non minimizzare, favorire la percezione di *agency* e di senso al comportamento sintomatico è operazione necessaria per fondare un'alleanza terapeutica cooperativa.

Sintomo e livelli di funzionamento

Tradizionalmente una prima valutazione del paziente avviene durante gli incontri di consultazione e riguarda il bilancio del suo funzionamento. A grandi linee cerchiamo di identificare se il soggetto sta agendo governato dall'ansia, ma conservando il controllo della propria impulsività e con una percezione della realtà congrua, oppure se mostra un funzionamento dominato da impulsi per lo più contraddittori o infine se mostra una incapacità interlocutoria con descrizioni del reale incomprensibili.

Il sintomo è di grande aiuto nel definire questi livelli: l'estensione e la gravità con cui invalida la vita del paziente ci aiuta a valutare la distruttività del malessere.

Per utilizzare come esempio un sintomo che conosco bene, il BMI di una ragazza dimagrita può presentarsi intorno a valori di 15 o 16 oppure, tragicamente, a valori intorno al 12.

Nel primo caso ci impegniamo a comprendere le ragioni del malessere, nel secondo prescriviamo un ricovero salvavita, prima di qualunque ipotesi psicoterapeutica, consapevoli che un test di realtà è necessario.

Nel secondo caso le proteste della paziente che ci proclama di stare benissimo ci appariranno prova della perdita di un esame di realtà e di una alterata percezione delle proprie forze. In questi aspetti concreti, l'estensione del sintomo nelle varie aree dell'esistenza segnala appunto un livello di gravità.

Con un altro esempio, verrà valutata diversamente una giovane paziente che conserva la frequenza scolastica rispetto ad una che, ossessionata dal cibo, passa le giornate ad abbuffarsi e vomitare.

Prendiamo infine un esempio ulteriore: l'uso di sostanze. L'adolescente che fuma cannabis con gli amici alle feste si espone a rischi ben diversi dal tossicodipendente senza casa che dorme nell'androne di una banca, mentre il ragazzo che usa la sostanza come ansiolitico quotidiano, a causa della quale la sua prestazione scolastica decade progressivamente, mostra un sintomo di gravità media, dove la pressione emotiva ha un peso serio nell'interferire sulla qualità della sua vita. Ma mentre in questo caso possiamo provare a far conto sulla capacità metacognitiva conservata che possa permettergli di narrare la propria vicenda umana, non sarà così per il tossicodipendente nell'androne dove dovremo anzitutto occuparci della sua salute fisica, della sua alimentazione, della soddisfazione dei suoi bisogni primari perché la sua competenza a valutare la realtà e l'invasione delle sue carenze nell'organizzazione esistenziale avrà quasi annullato le risorse che forse in passato aveva posseduto. Nell'incontro con chi non è lucido, cioè è identificato col sintomo, le interpretazioni e la narrazione della vita sono una conquista da raggiungere.

Mentre l'ascolto e la ricerca di senso possono rappresentare una risorsa per il soggetto ansioso, per modificare abitudini acquisite, nei casi limite, abbiamo la necessità di attivare progetti pedagogici supportivi, che interrompano il ricorso al sintomo nel soggetto governato dall'angoscia.

Possiamo perciò identificare tre livelli di funzionamento rappresentati dalla estensione sintomatica nella vita del paziente: un livello nevrotico, un livello drammatico ed un livello psicotico, a cui dovremo correlare procedure terapeutiche differenti.

Ad esempio, potremo avere risultati soddisfacenti in una terapia individuale (Cambiaso, Mazza, 2018) con pazienti ansiosi, mentre con soggetti angosciati con forti impulsi suicidari avremo bisogno di attivare la rete familiare, di formare un'alleanza terapeutica con altri professionisti come ad esempio uno psichiatra, che preveda un contenimento farmacologico.

Nel caso infine in cui il paziente si mostri gravemente disorientato non accetteremo questo soggetto in una terapia individuale, ma insisteremo perché il suo bisogno di cura sia condiviso con noi dalla sua rete primaria in assenza della quale ci avvarremo di risorse istituzionali, quali le comunità terapeutiche, le strutture ospedaliere, ecc.

Possiamo quindi utilizzare il sintomo come "termometro" del malessere che ci orienta nella presa in carico.

Sintomo e disturbi di personalità

In questi ultimi anni l'attenzione al sintomo è passata in secondo piano mentre il focus della nostra attenzione si è concentrato sull'influenza dell'attaccamento nel dare forma ai tratti di personalità.

In passato, ritenevamo che la patologia avesse una correlazione diadica: il sintomo era messo in relazione al gioco familiare (Selvini Palazzoli M., Cirillo S., Selvini M., Sorrentino A.M., 1988).

Ora invece pensiamo che il sintomo vada interpretato in modo triadico come la risultante interattiva del gioco familiare e della soggettività individuale. Intendiamo per soggettività la particolare organizzazione difensivo/adattiva che il soggetto struttura per affrontare gli eventi, orientandosi in base ai suoi MOI derivati dalla forma di attaccamento in cui è stato allevato (Sorrentino A.M., 2000).

Questa sintesi finale altro non è che quello che definiamo personalità.

Di fatto, l'interfaccia sintomo/personalità ci consente di chiarire l'esito di un processo di crescita dove possiamo schematizzare le modalità allevative primarie.

I caratteri estrovertiti dell'Attaccamento ambivalente e introvertiti dell'Attaccamento evitante sono identificabili dalle prime battute del colloquio. Spesso proprio la modalità con cui il sintomo è presentato ce ne danno ragione. I temi drammatici e l'enfasi sulla sofferenza cui segue una pressante richiesta d'aiuto piuttosto che la minimizzazione e la negazione del problema ci mettono di fronte soggetti diversi e ci consentono un primo raggruppamento, a parità di livello di funzionamento, dove possiamo identificare esiti di attaccamenti di base differenti (Berrini R., Sorrentino A.M., 2011).

Sulla struttura di base, ambivalente o evitante, si possono poi riconoscere gli esiti di una disorganizzazione di matrice post traumatica di gravità variabile, fino a fenomeni di scompenso psicotico. Identifichiamo i due sottogruppi (ambivalente ed evitante) in base alle caratteristiche di dipendenza: nel primo caso il paziente si percepisce senza valore, con scarse risorse, orientato a ricevere solo dall'altro il sostegno e la soluzione dei suoi problemi, nel secondo caso il soggetto si mostra orientato a lottare in solitudine diffidando dell'aiuto esterno, considerato non affidabile (Cirillo S., 2013).

Il passaggio dal livello nevrotico a quello limite avviene sotto la pressione di eventi sfavorevoli che inducono una disorganizzazione, a causa della quale la previsione degli eventi viene a mancare e le risposte abituali, che in passato hanno consentito un adattamento, seppur precario, non sono più efficaci. Negli attaccamenti ansiosi, quindi i sintomi dipendenti o autarchici avranno espressione d'ansia, a causa della parziale insoddisfazione dei bisogni primari, negli attaccamenti disorganizzati l'angoscia, frutto del collasso della struttura difensiva, verrà gestita in una alternanza dei due modelli, selezionati in modo incongruo. In questi casi la struttura regredirà e farà ricorso all'attivazione delle risposte di fronte alla minaccia con le famose tre F, (*fight, flight, frozen*) per poi riorganizzarsi nelle dimensioni post-traumatiche (tirannica, sottomessa, seduttiva, parentificata, autarchica).

I tratti dipendenti, lamentoso-richiedenti, i tratti distanti e chiusi si organizzano in atteggiamenti interpersonali che possiamo classificare secondo il DSM 4 negli undici tipi di personalità raggruppati in tre cluster.

È evidente che il sintomo espresso all'interno di una personalità ne subirà l'influenza.

Un esordio anoressico, ad esempio, potrà apparire in una ragazza dipendente come unica forma di opposizione adolescente, dove per il resto ci mostrerà un rapporto con la madre di sostegno reciproco, seppur paritario, dove sarà difficile all'osservatore percepire una gerarchia di responsabilità tra le due. Il padre sullo sfondo ci sembrerà estraneo alla dinamica emotiva delle due donne.

Un esordio invece in una ragazzina evitante ci apparirà associato a solitudine e depressione, scarsa comunicabilità con la figura allevante che continuerà ad occuparsi

dei suoi doveri con insufficiente empatia verso la figlia, con qualche nota irritata per il suo comportamento sintomatico. Il padre, distante da entrambe, apparirà sintonizzato più con la figlia che con la moglie, condividendo con lei la critica alla freddezza materna.

Il sintomo della riduzione alimentare mostrerà, nell'ambivalente, un rifiuto sofferto e angosciato, dove occasionali perdite di controllo sulla restrizione alimentare (abbuffata di due mele), verranno vissute come una tragedia. Nell'evitante, invece assisteremo ad una ritualità costrittiva, con assunzione di cibi molto limitata anche nella varietà, oltre che nella quantità, come se lo stimolo della fame non fosse percepito ed il desiderio non avesse radici in questa giovane vita.

La disorganizzazione che irrompe nella polarità ambivalente, vedrà prevalere condotte sintomatiche drammatiche esternalizzate come minacce di suicidio, cutting e abbuffate seguite da condotte di eliminazione nocive alla salute. Nella polarità evitante disorganizzata prevarranno condotte internalizzate tipo chiusura, ritiro, ossessività o disprezzo interpersonale. La specifica maniera in cui il sintomo prende forma rimanderà quindi agli attaccamenti di base e all'organizzazione della personalità.

Sempre nell'esempio alimentare potremo vedere il sintomo in una personalità narcisista caratterizzato dall'assunzione di cibi rari e costosi, consumati con ritualità di tavola ben apparecchiata, poi dopo prontamente eliminati con vomito autoindotto. In una personalità borderline, assisteremo invece ad una abbuffata di cibo privo di particolare attrattiva, come ad esempio biscotti scadenti, consumati in gran quantità e in luogo appartato per poi essere soffertamente eliminati con vomito e grande angoscia che lasciano la ragazza stremata.

Oscillazioni di peso gravissime tra il grave sottopeso e l'obesità, alternati in periodi di tempo molto ristretti, inducono a ritenere incombente lo scompenso psicotico poiché mettono a dura prova la sopravvivenza fisica e la salute mentale del soggetto stesso. La personalità quindi ci appare come un habitus che colora tutti i nostri atti con cui affrontiamo la vita; tra essi il sintomo non fa eccezione.

Conclusioni

Il sintomo quindi dal punto di vista del suo guidarci nello sviluppo di una teoria del comportamento umano ha rappresentato una traccia importante nel nostro pensare la malattia mentale.

Partiti dal considerarlo segno di qualcosa che non funziona nell'individuo, al pensare l'individuo e i suoi sintomi come espressione di dimensioni relazionali e comunicative disfunzionali, lungo questi anni di lavoro e di riflessione, la sofferenza mentale ci ha condotto di nuovo a porre l'attenzione alla soggettività, come costruito frutto di una storia. In particolare, ponendo l'accento sugli attaccamenti e sulle correlazioni di questi nel regolare gli affetti e la percezione del proprio essere nel mondo, il sintomo ci ha stimolato a non accontentarci della diagnosi, a non considerare la classificazione diagnostica qualcosa che caratterizza il soggetto, una etichetta insomma, piuttosto ci ha

costretto ad aprire la nostra mente alla complessità della mente umana, da indagare con benevolo interesse per incontrare nella sua verità il nostro interlocutore. Abbiamo imparato inoltre a considerare gli eventi sfavorevoli non solo nella forma dei traumi con la T maiuscola, ma anche ponendo l'attenzione al disagio carenziale ed agli aspetti deprivativi e dolorosi degli allevamenti poco responsivi (Liotti G, Farina B., 2011) per integrare le caratteristiche difensive che gli eventi sfavorevoli suscitano negli esseri umani.

Queste dimensioni squisitamente soggettive mostrano un dialogo con gli aspetti sistemici e relazionali che includono la famiglia, la comunità, compreso il sistema terapeutico. La nostra soggettività quindi è chiamata all'incontro con un'altra soggettività, quella del paziente, dove l'asimmetria della nostra posizione di curanti è bene vada sullo sfondo lasciando in primo piano la natura dell'incontro dove l'aspetto misterioso dell'altro si offre ad esser conosciuto contemporaneamente al nostro mostrarci per esser conosciuti.

I nostri caratteri individuali, la nostra età, il nostro aspetto, il nostro genere, la nostra sensibilità saranno oggetto di valutazione da parte dei nostri interlocutori, così come noi saremo presi ad osservare i loro atteggiamenti, i loro sintomi, la storia che avrà fatto essere costoro ciò che sono diventati. Il tutto in una danza dove prevale la comune umanità (Gennart M., Vannotti M., 2019)

Bibliografia

Benjamin Smith L., 2004. *Terapia ricostruttiva interpersonale*, Las, Roma.

Berrini R., Cau R., 2018. Uno studio sulla trasmissione intergenerazionale del comportamento genitoriale, in *Ecologia della Mente*, Volume 41, Numero 1, Gennaio-Giugno 2018. Nei padri tossicodipendenti in carcere presso la Casa Circondariale Lorusso e Cutugno di Torino.

Berrini R., Sorrentino A.M., 2011. I colloqui di presa in carico nella terapia individuale sistemica. *Terapia familiare*, n. 95, 2011.

Cambiaso, G., Mazza, R., 2018. *Tra intrapsichico e trigenerazionale. La psicoterapia individuale al tempo della complessità*, Cortina, Milano.

Cirillo S., 2013. Autonomia e dipendenza. Due termini che si oppongono? in *Terapia familiare*, 102.

Cirillo S., Selvini M., Sorrentino A.M., 2011. Anoressia Restrittiva: una ricerca su 34 casi, in (a cura di Chianura P., Chianura L., Fuxa E., Mazzoni S.). *Manuale Clinico di Terapia Familiare. Contributi di ricerca della Società Italiana di Psicologia e Psicoterapia relazionale*, Franco Angeli, Milano.

Cirillo S., Selvini M., Sorrentino A.M., 2016. *Entrare in terapia. Le sette porte della terapia sistemica*, Raffaello Cortina, Milano.

- Gennart M., Vannotti M., 2019. La danza della terapia: cinque dimensioni dell'intersoggettività in una prospettiva fenomenologica, in *Ecologia della mente*, volume 42, Numero 1, giugno 2019.
- Liotti G., Farina B., 2011. *Sviluppi traumatici*. Milano, Raffaello Cortina, Milano.
- Selvini M., 1994. Segreti familiari: quando il paziente non sa. In *Terapia Familiare*, 45, pp. 5-17.
- Selvini M., 2003. Tecniche di presa in carico psicoterapeutica di un paziente non richiedente, *Terapia Familiare*, n. 73.
- Selvini M., 2017. A challenge to borderline personality diagnosis: investigating post-traumatic personality disorders. Connecting personality traits to development in the family, *Efta Clinic Interventions In Family Therapy*, N°4, Springer, Berlin (Editor Juan Luis Linares And Roberto Pereira).
- Selvini M., Sorrentino A.M., 2015. Il contributo della teoria dell'attaccamento alla terapia familiare sistemica, in *Attaccamento e Sistemi Complessi*, Vol. 2 - N. 1 - gennaio 2015.
- Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L. Cecchin, G., Prata, G., 1975. *Paradosso e Controparadosso*, Feltrinelli, Milano.
- Selvini Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M., Sorrentino, A.M., 1988. *I giochi psicotici nella famiglia*. Raffaello Cortina, Milano.
- Selvini Palazzoli M., Cirillo S., Selvini M., Sorrentino A.M., 1998. *Ragazze anoressiche e bulimiche. La terapia familiare*, Raffaello Cortina, Milano.
- Sorrentino A.M., 1999. Il problema della diagnosi in terapia familiare. In *Connessioni*, n. 5, III anno, pp. 97-105.
- Sorrentino A.M., 2000. Teoria dell'attaccamento e Terapia Familiare, In *Psicobiettivo*, Vol. XX 3, pp. 37-47.
- Sorrentino A.M., 2006. *Figli disabili*, Raffaello Cortina, Milano.