

Tra ombre e silenzi: la memoria sbiadita di un “noi”

Amidst shadows and silences: a faded memory of “us”

Noemi Braccini*

*Psicologa, Specializzanda Scuola di Psicoterapia ECOPSY, Napoli (Italia)

Riassunto

Il processo clinico descritto nell’articolo prende avvio da una richiesta di intervento di carattere individuale e domiciliare, incentrata sul disagio specifico di Daniele, che in breve tempo si è trasformata in una domanda sulla relazione di coppia, grazie ad una serie di elementi che, insieme, hanno significativamente influito sull’evoluzione del processo clinico.

La cornice teorica sistemico relazionale ha permesso di esplorare modelli transazionali, confini, ruoli e dinamiche di coppia. Il tramite della terapia domiciliare di coppia, si è rivelato essere una prospettiva privilegiata ed estremamente arricchente: è stato possibile osservare direttamente il loro contesto di appartenenza e quanto l’ambiente della loro casa riflettesse, di volta in volta, il clima relazionale che caratterizzava il sistema. Ulteriore elemento cruciale e potente motore di cambiamento è stata la supervisione clinica, che ha favorito l’emergere di nuove riflessioni e significati, verso nuove prospettive di intervento.

La narrazione della coppia ha rapidamente lasciato spazio a sofferenze condivise e assieme ad esse alla possibilità di esprimerle liberamente, rinunciando gradualmente alle vecchie modalità relazionali di evitamento del conflitto, verso una maggiore definizione di sé, sia in termini individuali che di coppia.

Tutti questi elementi hanno consentito un’esplorazione più ampia e maggiormente orientata sul loro mondo relazionale, sulle loro modalità di interazione e sulla loro storia familiare, all’interno di una cornice trigerazionale, aprendo a possibilità inedite.

Abstract

The clinical process described in this article begins with a request for an individual, home-based intervention, initially focused on Daniele’s psychological distress. However, the intervention soon expanded to include the couple’s relational dynamics. This shift was facilitated by several factors that collectively influenced the clinical process.

The systemic relational theoretical framework enabled the exploration of transactional patterns, boundaries, roles and couple dynamics. The home-based setting proved to be a privileged and highly enriching viewpoint, allowing direct observation of their relational context and of how the domestic environment reflected, each time, the relational atmosphere characterizing their system. Furthermore, clinical supervision was a crucial factor and a powerful driver of change, fostering new insights and meanings, that led to new intervention strategies.

The couple’s narrative soon gave more space to the recognition of a shared suffering and, alongside it, to the opportunity to express such experiences freely,

Doi: 10.23823/y1c7dp12

gradually abandoning previous relational patterns of conflict avoidance and moving toward a clearer definition of themselves, both individually and as a couple.

Together, these elements enabled a broader and more relationally oriented exploration of the couple's world, their interactional patterns, their family history, within a trigenerational framework, thereby opening up previously unconsidered possibilities.

Parole chiave

terapia domiciliare, terapia di coppia, sistema emozionale, triade rigida, famiglia psicosomatica.

Keywords

home-based therapy, couples therapy, emotional system, rigid triadic structure, psychosomatic family system.

Introduzione

Per Jung (1951), l'Ombra rappresentava l'insieme degli aspetti non riconosciuti e rifiutati della personalità. Secondo l'autore, confrontarsi con essi significa entrarci in relazione e ciò pone gli individui in un processo di individuazione, verso un riconoscimento e una maggiore autenticità del proprio sé. Questa prospettiva, centrata sull'individuo, si arricchisce e si trasforma se letta attraverso la lente sistemico relazionale.

All'interno del presente articolo, ci si propone di estendere il concetto di Ombra alla dimensione interpersonale. Non ci si limiterà, dunque, ad osservare soltanto l'ombra individuale, ma anche quella relazionale e familiare, ovvero ciò che può essere escluso, negato o delegato all'interno delle dinamiche di un sistema.

In altre parole, non si evidenzia esclusivamente il rimosso dell'individuo, ma anche ciò che un sistema tende a non vedere, a evitare o a collocare simbolicamente su un membro, affinché resti fuori dalla consapevolezza collettiva. Tale lettura consente di spostare il focus dal portatore del sintomo al sistema nel suo complesso.

Nella cornice della teoria sistemico relazionale, diversi sono gli autori che hanno contribuito a rendere chiara la funzione dei sintomi all'interno dei sistemi.

Per Minuchin (1976) e Malagoli Togliatti (1984) essi non sono semplicemente l'espressione di un disagio individuale, ma rappresentano spesso un'espressione di un disagio che coinvolge tutto il sistema. Il concetto di paziente designato (Minuchin, 1976) descrive come l'individuo portatore del sintomo protegge l'equilibrio della famiglia, il quale a sua volta può essere sostenuto e mantenuto dal sistema stesso. Per Whitaker (1984), esso rappresenta un accesso alla profondità relazionale e culturale della famiglia, una regressione necessaria a stimolare processi di crescita e segnale di un'identità in trasformazione. Bowen (1978), con il suo concetto di massa indifferenziata dell'Io, sottolinea come essi possano diventare una modalità disfunzionale di gestione della tensione emotiva e come individui con livelli simili di differenziazione tendano ad attrarsi e a formare coppie, perpetuando dei pattern intergenerazionali che possono favorire la trasmissione della sintomatologia. Maurizio Andolfi (1991) evidenzia come

Doi: 10.23823/y1c7dp12

all'interno della coppia i sintomi possano rappresentare tentativi impliciti di raggiungere un'interessa relazionale.

La consultazione di coppia descritta in questo articolo rappresenta un punto di partenza per una riflessione più ampia sul senso e sulla specificità dell'intervento clinico domiciliare con la coppia coniugale. Il setting domiciliare, come sottolinea Carli (2014), pone il terapeuta quale "terzo entro una dinamica relazionale solitamente agitata e ripetitiva", permettendogli di diventare parte attiva del sistema relazionale, mantenendo contestualmente una posizione esterna. Seppur non vi siano ancora ricerche specifiche sul tema della terapia domiciliare di coppia ad orientamento sistemico relazionale, studi empirici (Bachler et al., 2016) hanno evidenziato che interventi domiciliari, caratterizzati da un protocollo di intervento di tipo strutturale e incentrati sulla definizione di obiettivi volti ad incrementare le capacità di mentalizzazione, producono miglioramenti clinici significativi, specialmente in contesti multiproblematici.

Il lavoro terapeutico, dunque, accompagnando il sistema nel processo di integrazione delle sue zone d'ombra, permette l'emergere di nuove narrazioni.

Descrizione del caso

La consultazione domiciliare di coppia con Daniele e Rosa è incominciata all'inizio del 2025 ed è proseguita fino alla pausa estiva con cadenza quindicinale, ad eccezione dell'annullamento di un incontro, dovuto ad un intervento al quale Daniele si è sottoposto.

Sposati da molti anni e con figlie adulte fuori regione, da quasi due anni i coniugi vivono una crescente perdita di fiducia reciproca, aggravata dalla sintomatologia psicotica di Daniele e dalle sue difficoltà motorie, entrambe condizioni che hanno contribuito al suo ritiro comunicativo. Fin dai primi colloqui, emerge una narrazione condivisa da tutto il sistema familiare che riconduce l'insorgere del disagio ad uno stato depressivo di Daniele, correlato alle difficoltà fisiche.

Daniele, cinquantaduenne, è figlio unico e ha perso la madre in preadolescenza a causa di una malattia; descrive il padre come figura di riferimento solida e contenitiva. Dopo un percorso universitario non portato a termine, ha ricoperto svariate mansioni. Per gran parte degli ultimi anni ha lavorato stabilmente in una piccola azienda locale, da cui però è stato licenziato.

Rosa, cinquantenne, ricorda la madre come presente ma distante e il padre come autoritario e violento, soprattutto durante l'infanzia. Descrive quel clima familiare come privo di libertà, dal quale si è affrancata solo in seguito al matrimonio con Daniele. Pur lavorando autonomamente, per contrastare la disoccupazione del marito, ha iniziato a gestire con lui un'attività commerciale, senza grosse difficoltà. Negli ultimi due anni, tuttavia, la coppia ha incominciato a risentire non solo di alcuni problemi economici, ma anche del repentino aggravarsi delle condizioni di Daniele, che non ha più potuto occuparsi del negozio, a causa di importanti difficoltà fisiche a carico della schiena, assieme a diversi ricoveri legati a problematiche del tratto biliare ed intestinale. In questo periodo, Rosa inizia a notare anche i primi segnali di profonda preoccupazione del marito, che aumentavano esponenzialmente con il passare dei mesi. La progressiva compromissione dello stato di salute e di benessere di Daniele e della sua famiglia hanno avuto un impatto significativo sulla gestione dell'attività,

Doi: 10.23823/y1c7dp12

aggravandone il declino, fino alla chiusura per fallimento. Ora è soltanto Rosa ad occuparsi del sostentamento della famiglia, lavorando in un altro negozio.

La coppia ha due figlie, Paola e Valeria, che hanno lasciato la regione circa cinque anni fa per motivi lavorativi. La distanza, pur con il loro supporto nei momenti critici, è stata percepita come improvvisa e destabilizzante. Proprio in quel periodo, Daniele ebbe frequenti “attacchi di nervi”. Oggi egli crede di aver trasmesso molte di queste preoccupazioni alla sua famiglia, riferendo di sentirsene responsabile. La relazione tra Daniele e Valeria sembra essersi completamente incrinata in seguito ad un episodio di scompenso del padre, caratterizzato da ideazioni deliranti e condotte eteroaggressive. Da allora, i due non hanno più avuto contatti telefonici diretti, se non tramite l’intermediazione di Rosa e, occasionalmente, di Paola.

Daniele, successivamente, viene preso in carico da uno psichiatra, che imposta un trattamento farmacologico a base di antipsicotici e benzodiazepine. Inizialmente, abbastanza restio all’assunzione, con il tempo inizia ad assumere i farmaci con regolarità, riportando un progressivo beneficio, con una riduzione dell’agitazione, ma con l’insorgere contestuale di una condizione definita da Rosa come “di spegnimento”. Ella riporta di aver continuamente sollecitato la loro famiglia a ripristinare il precedente equilibrio, in particolare a ristabilire i contatti tra padre e figlia, ma senza successo.

La coppia esprime inizialmente la richiesta di ritrovare maggiore serenità, ma i colloqui evidenziano un quadro di distanza emotiva e relazionale: i coniugi si siedono ai poli opposti della stanza, si rivolgono prevalentemente alla terapeuta e negano reciprocamente le versioni dei fatti, mostrando un’inversione dei precedenti ruoli familiari. Daniele, un tempo figura calma, centrale e risolutiva, oggi appare dipendente e ritirato, mentre Rosa, che ricopriva un ruolo più defilato, ora sostiene da sola il carico lavorativo, verbalizzando chiara insoddisfazione.

L’introduzione del tema della prossimità emotiva e fisica nello spazio di terapia ha attivato un momento emotivamente intenso. In quell’occasione, Rosa si lascia andare ad un pianto trattenuto da tempo, mentre Daniele resta in silenzio, continuando ad apparire poco espressivo.

A seguito di una breve sospensione, resa necessaria dall’intervento chirurgico di Daniele, al rientro emerge un’evoluzione significativa nel quadro relazionale familiare. Un episodio di scambio con Valeria, durante la degenza, segna le riprese del loro dialogo, diventando occasione per ricostruire un primo legame, meno colpevolizzante. Ciò ha favorito un ammorbidimento da parte della figlia che, vedendolo di persona nel suo attuale stato di fragilità, ma anche nei primi segnali di ripresa, sembra aver sviluppato una maggiore comprensione. I due rompono il silenzio con un gesto tanto semplice quanto simbolico. Emerge così la preoccupazione della figlia, un tempo mascherata.

Successivamente, la coppia riflette sulle proprie funzioni genitoriali, sui ruoli familiari e sulle aspettative reciproche, iniziando a riconoscere con maggiore consapevolezza come le proprie fragilità individuali e coniugali abbiano influenzato la relazione con le figlie. All’interno di questo clima, la coppia inizia ad esprimere un desiderio condiviso: valutare l’ipotesi futura di un trasferimento nel luogo dove risiedono entrambe le figlie. L’idea nasce dalla volontà di avvicinarsi a loro fisicamente, ma porta con sé anche un significato affettivo: la speranza di ricostruire legami, di ridurre la distanza emotiva e di rinnovare un senso di

Doi: 10.23823/y1c7dp12



famiglia oggi percepito come frammentato. Il pensiero del trasferimento suscita in entrambi emozioni positive unitamente ad alcune esitazioni, inizialmente difficili da definire. Vengono gradualmente portate alla luce nel lavoro terapeutico, acquisendo un nome e un senso: la paura di caricare di responsabilità le figlie in un nuovo contesto, ora che si sono svincolate dalla famiglia d'origine. Parallelamente, Daniele mostra maggiore coinvolgimento nei colloqui e via via un rinnovato interesse nelle relazioni, anche grazie alle visite di parenti e conoscenti nel periodo di convalescenza. Questa rinnovata apertura rende possibile affrontare, negli ultimi colloqui, un tema che era emerso in modo latente da tempo: il desiderio di sentirsi vicini. La coppia esprime chiaramente come la loro intimità si sia interrotta da quando Daniele ha iniziato a star male. Questo bisogno di contatto, non solo simbolico ma anche corporeo, apre un nuovo spazio di relazione, in cui iniziano ad essere condivisi il dolore, la distanza e la speranza di ritrovarsi.

Commento

Dopo i primi incontri con i coniugi è emersa una prima mappa relazionale, utile alla formulazione delle ipotesi iniziali di lavoro. Appaiono con chiarezza molteplici eventi paranormativi, riconducibili alle rispettive famiglie di origine e alla loro famiglia nucleare. Questi eventi sembrano aver segnato le traiettorie affettive e i modelli relazionali intergenerazionali, generando implicite fedeltà familiari, nodi irrisolti e trasmissioni di ruoli non elaborati. Rosa, ad esempio, attraverso un cut-off (Bowen, 1979), ha compiuto una separazione non del tutto elaborata con la sua famiglia d'origine, mentre Daniele ha mantenuto un legame fantasmatico con la madre e un senso di debito verso il padre, che condiziona ancora il suo ruolo genitoriale. Come sottolinea Boszormenyi-Nagy (1988), le lealtà invisibili possono agire nel tempo come vincoli che influenzano i comportamenti e le scelte dei membri del sistema, trasmettendosi da una generazione all'altra. È possibile ipotizzare che, proprio in virtù di quel senso di debito mai risolto, Daniele si sentisse in credito affettivo con la figlia, Valeria, e per questo pretendesse da lei il primo passo verso una riconciliazione. In questo quadro si intravede una ripetizione transgenerazionale: le figlie sembrano riprodurre la modalità materna attraverso una "fuga geografica", come strategia di autonomia e, probabilmente, di sopravvivenza psichica.

Daniele e Rosa si trovano nella cosiddetta fase del nido vuoto (Carter e McGoldrick, 1989; 2003), che implicherebbe un processo di rinegoziazione del legame coniugale e un reinvestimento affettivo sulla coppia. Questo passaggio evolutivo per loro sembra essere particolarmente critico.

Nel corso degli incontri, si è osservato un'iperfunzionamento di Rosa in qualità di portavoce e gestore operativo ed emotivo della coppia. Questo assetto rischiava di esaurire le sue risorse personali, contribuendo indirettamente al mantenimento del sintomo del partner. Con il procedere del percorso, si è evidenziato quanto tutto ciò celasse dinamiche conflittuali su più piani: all'interno della coppia coniugale e nel rapporto tra padre e figlia. Se, da un lato, uno dei due poli tende a una comunicazione silenziosa, allusiva e trattenuta, l'altro si esprime in modo espansivo e spesso invadente, occupando lo spazio comunicativo.

Inizialmente, la coppia tendeva a deviare le domande sul conflitto coniugale verso la relazione padre-figlia, spostando il focus su un'area più narrabile e

Doi: 10.23823/y1c7dp12

apparentemente più urgente. Tale deviazione fa ipotizzare la presenza di una triangolazione: Valeria sembra essere stata investita di un ruolo genitoriale, come se avesse preso su di sé parte delle tensioni irrisolte tra i genitori, diventando un catalizzatore delle dinamiche conflittuali. La famiglia presenta, dunque, caratteristiche che suggeriscono la presenza di confini invasi, probabilmente favoriti dalla confusione dei ruoli, dalla genitorializzazione delle figlie e dalla persistenza di una modalità comunicativa disfunzionale. In questo senso, il sintomo individuale di Daniele può essere letto come un sintomo relazionale (Andolfi, 1991) con una funzione protettiva e omeostatica all'interno del sistema. Il focus, che spesso viene riportato sul sintomo, su come risolverlo o su quanto peso esso comporti, contribuisce a mantenere una situazione di stabilità, evitando il confronto con conflitti più profondi e con la possibilità reale di un cambiamento. I confini con l'esterno appaiono inizialmente fortemente rigidi. La coppia, che non aveva relazioni sociali significative, che non riceveva visite (se non quelle strettamente necessarie alla cura di Daniele) e che non contemplava occasioni di apertura verso il mondo esterno, col procedere del percorso, inizia ad avere un'apertura in tal senso. La stessa casa prima assumeva quasi l'idea di una fortezza, chiusa e impermeabile, inaccessibile anche ai legami potenzialmente significativi. L'unica eccezione a questa regola era rappresentata dalla famiglia d'origine di Rosa, che sembrava conservare un accesso simbolico all'interno del nucleo. Tutti questi elementi – la rigidità dei ruoli, l'evitamento del conflitto, l'inversione dei ruoli tra generazioni, l'iperprotettività, la presenza di un sintomo cronico e la chiusura verso l'esterno – rimandano con coerenza al modello della famiglia psicosomatica, così come descritto da Minuchin (1982). In questo tipo di organizzazione familiare, il sintomo funge da collante e da barriera contro l'angoscia della disgregazione. In questo contesto, il lavoro terapeutico si configura come uno spazio di progressiva differenziazione e consapevolezza, volto a ricostruire i confini più funzionali tra i membri, a restituire ruoli coerenti con la generazione di appartenenza e a promuovere una comunicazione più diretta e autentica, nella direzione di una possibile riorganizzazione del sistema e di una ridefinizione delle alleanze familiari.

L'ambiente della loro casa ha riflettuto sin dai primi momenti il clima relazionale che caratterizzava il loro sistema. La povertà estetica delle pareti domestiche, inizialmente spoglie, prive di decori e caratterizzate da un'apparente trascuratezza, si rivelava elemento fortemente significativo, andando ben oltre una scelta stilistica minimalista. Più che esprimere una forma di essenzialità consapevole, sembrava riflettere un disinvestimento affettivo sull'ambiente familiare, quasi una sospensione simbolica del legame con la casa come spazio emotivo condiviso. Nel modello sistemico relazionale, l'ambiente fisico è spesso considerato proiezione delle dinamiche relazionali interne al sistema (Minuchin, 1976).

La casa, in quanto contenitore simbolico della famiglia, riflette i confini, i legami, i vissuti e le trasformazioni che attraversano i suoi membri. Nel caso in questione, dopo una fase iniziale, contrassegnata da segnali di chiusura e isolamento (confini rigidi verso l'esterno, fatica nel dialogo all'interno del sistema, sintomi cristallizzati) si sono manifestati i primi movimenti di apertura: la ripresa di una comunicazione possibile tra padre e figlia, l'accoglienza di visite da parte della famiglia estesa e dei conoscenti, la maggiore disponibilità di Daniele a partecipare al processo terapeutico. Tutti questi elementi possono essere letti

Doi: 10.23823/y1c7dp12

come i primi segnali di una maggiore flessibilità dei confini del sistema familiare, sia interni che esterni, e di un'iniziale disponibilità a ripensare le posizioni, i ruoli e le funzioni reciproche.

Il cambiamento non avviene in modo causale e generalizzato, ma si attiva attraverso piccole variazioni che, se sostenute, possono innescare riorganizzazioni più profonde. In parallelo, anche l'ambiente domestico ha iniziato a trasformarsi. Una ristrutturazione ha restituito colore e cura agli spazi. Questo gesto ha assunto una forte valenza simbolica, riflesso di un rinnovato investimento sulla dimensione familiare, un tentativo inconsapevole di ridefinire l'identità del sistema e renderlo più accogliente e aperto. Tale trasformazione può essere letta come indicatore di un cambiamento a livello comunicativo, o meglio metacomunicativo: il sistema sta comunicando a sé stesso e all'esterno una nuova possibilità di abitare in modo diverso i legami, rendere visibile ciò che prima era emotivamente rimosso o bloccato. Questa ristrutturazione dell'ambiente si pone quindi come metafora concreta di una possibile ristrutturazione relazionale, come indicato da Andolfi (1991): nella terapia familiare è essenziale prestare attenzione anche ai segnali deboli e non verbali come la disposizione degli oggetti, la cura degli spazi, l'atmosfera generale della casa che non è solo contesto, ma parte integrante della comunicazione del sistema. In sintesi, la ristrutturazione della casa rappresenta un cambiamento di secondo ordine potenziale (Watzlawick et al., 1971): non più un semplice miglioramento funzionale, ma un segnale che qualcosa si sta muovendo in profondità. L'ambiente riflette la possibilità di ridefinire i significati condivisi, di creare uno spazio interno ed esterno tale che ogni membro del sistema possa iniziare a ridefinirsi e a ritrovare una nuova posizione relazionale.

Riflessioni e risonanze

In questo processo ho percepito fin da subito una certa fatica interna: un senso di immobilità e sospensione che sembrava saturare l'intero setting terapeutico. Una sorta di stallo comunicativo e relazionale che, pur non esplicitamente nominato, appariva come un elemento condiviso tra tutti i presenti nella stanza, me inclusa. A livello controtrasferale, mi sono confrontata con un senso d'impotenza e con la difficoltà a sentirmi agente all'interno del processo.

Daniele incarna una forma di resistenza sommersa ma diffusa, che appare rispecchiare quella della famiglia stessa, che è espressa non attraverso opposizioni manifeste o dichiarate, piuttosto attraverso una passività, fatta di silenzi, ritiri e poca disponibilità al confronto diretto. Questo atteggiamento mi ha portata a interrogarmi sul significato relazionale del sintomo e sul suo ruolo nell'equilibrio del sistema. Di fronte a questo clima di chiusura iniziale, ho scelto di adottare una postura terapeutica non direttiva, piuttosto accomodante, calibrando il mio intervento su una dimensione di accoglienza e contenimento, in modo da costruire un'alleanza terapeutica sufficientemente sicura. Ho cercato di mantenere una posizione decentrata, ma non marginale, osservando e ascoltando senza entrare subito in profondità, lasciando spazio all'emergere spontaneo delle dinamiche. Ho quindi dato priorità al sintonizzarmi con il ritmo relazionale della coppia, piuttosto che forzare una narrazione o un cambiamento. Solo in un secondo momento, notando delle piccole aperture nel comportamento non verbale o in lievi cambiamenti del tono emotivo, ho valutato di poter iniziare a proporre domande più mirate e sfidanti, di poter fare un intervento ristrutturante

Doi: 10.23823/y1c7dp12

(Minuchin, 1976). Tuttavia, anche in seguito a questi piccoli cambiamenti, ho continuato ad avvertire un senso di fatica nel sostenere la permanenza in quello spazio condiviso. Tale vissuto mi ha portata a interrogarmi sulla possibilità che ciò che percepivo fosse una risonanza del loro funzionamento familiare, un'eco di quella difficoltà che loro stessi sembrano avere nello stare in relazione sia tra di loro sia nel qui ed ora del setting.

Supervisione

In questo percorso mi sono trovata immersa in una fase che potremmo definire di “confusione operativa”: non mi era del tutto chiaro come procedere, quale livello di lettura mantenere prioritario e come calibrare i successivi passi. L'incertezza che mi accompagnava e la difficoltà emotiva a stare allo stesso passo della coppia, risultavano forse elementi eccessivamente preponderanti. Tuttavia, riconoscevo in quello stato anche una componente feconda del processo terapeutico. Mossa da queste riflessioni, ho chiesto ai didatti della scuola di specializzazione in psicoterapia sistemico-relazionale “Ecopsys” di poter fare una supervisione. In ambito sistemico, il contesto della supervisione rappresenta un sistema relazionale a sé stante, che comprende il terapeuta, il supervisore e la famiglia (Cecchin, 2004). L'obiettivo non è solo l'analisi tecnica del caso, ma anche la valorizzazione della biografia del terapeuta come parte del processo trasformativo. L'interazione tra i livelli verticali (didatta-allievo, allievo-gruppo, gruppo-didatta) e orizzontali (dinamiche interne al gruppo) favorisce un apprendimento multilivello, basato sulla riflessione critica e sullo scambio simbolico. L'impasse clinico diventa, così, un'occasione di crescita professionale e personale. Cecchin e, in generale, il Milan Approach (Boscolo et al., 2004), sottolineano l'importanza della sospensione del giudizio e dell'abitare la complessità senza precipitarsi in una spiegazione unica. Ciò può ampliare lo spazio di pensabilità e favorire l'emergere di nuove ipotesi, lasciando affiorare ciò che c'è senza anticipare il cambiamento, sapendo che in certi sistemi familiari, soprattutto quelli ad alto invischiamento, anche solo il mantenere uno spazio dialogico e riflessivo, può rappresentare un primo fondamentale passo verso una possibile riorganizzazione relazionale. Restare con la confusione e con il “non sapere” può aprire a nuove possibilità di osservazione e di intervento, trasformando l'incertezza in uno strumento di esplorazione, piuttosto che in un limite. Nel momento in cui ho potuto condividere in supervisione quel senso di immobilità, ho avuto la possibilità di osservare da una prospettiva esterna la mia posizione e di comprendere l'origine di una parte del mio carico emotivo.

Questo passaggio mi ha consentito di riacquisire uno sguardo più flessibile, capace di oscillare tra vicinanza e distanza, evitando di irrigidirmi in una postura unica e riconoscendo la necessità di un movimento costante tra livelli differenti di osservazione. Ne è derivata una riduzione della mia tendenza a percepire il setting come un luogo bloccato, opaco, non a fuoco (immagine che non a caso rimanda a quella stessa percezione che la coppia comunicava di sé).

La supervisione con i docenti ed il confronto con il gruppo hanno rappresentato un'importante occasione di riposizionamento interno e di direzione, nel considerare un processo come dinamico e modulabile, aperto a variazioni e adattamenti. Questo mi ha permesso di abitare il processo terapeutico con maggiore disponibilità, rinunciando all'urgenza di “dover fare” e coltivando invece la capacità di poter osservare e, ancora di più, “poter essere”. In questo senso

Doi: 10.23823/y1c7dp12

sono rimaste particolarmente significative alcune frasi dei didatti emerse in supervisione, che mi hanno invitato a mantenere un'andatura cauta ma senza rinunciare alla possibilità di condurre il passo quando necessario. L'immagine del sentirmi a casa nello spazio terapeutico, come persona e come terapeuta, ha reso per me più chiaro il significato del lavoro clinico come pratica di presenza attiva, capace di oscillare tra accoglienza e direzione.

Conclusioni

La coppia, con l'avanzare del processo terapeutico, ha iniziato a consentire ai silenzi di assumere forme diverse, non più esclusivamente segnate dalla chiusura. In un gioco di reciproca regolazione, ciascuno contribuiva inconsapevolmente a proteggere il sistema dal rischio di un confronto troppo diretto con il dolore e con il conflitto. Nel momento in cui è stato possibile esplicitare le rispettive sofferenze, la coppia ha cominciato a intravedere la possibilità di esplorare bisogni più profondi e condivisi. Questo passaggio ha aperto ad un terreno nuovo: la possibilità di considerare il legame non solo come un dispositivo di mantenimento dell'omeostasi, ma come uno spazio in cui riconoscere vulnerabilità reciproca e risorse condivise.

Da qui prende forma l'attuale traiettoria terapeutica, orientata a indagare più a fondo i temi della distanza e della vicinanza non più solo all'interno della coppia, ma anche nel rapporto con le figlie. In questa prospettiva sembra essere diventato per loro rilevante interrogarsi su ciò che realmente li spinge a contemplare l'ipotesi di trasferimento. In altre parole, occorre valutare se si tratti di una scelta evolutiva, capace di rispondere a nuovi bisogni, o se rischi di configurarsi come un tentativo di ripristinare una stabilità originaria.

Un'ulteriore ipotesi di lavoro riguarda la possibilità di riconsiderare la cornice stessa dell'intervento. La terapia domiciliare, che in una fase iniziale ha rappresentato uno strumento prezioso e certamente generativo, potrebbe oggi rischiare di cristallizzare una nuova condizione di omeostasi, più che favorire ulteriori aperture al cambiamento? Per questo, appare opportuno valutare, nel tempo, la possibilità di un graduale passaggio verso la cornice dello studio, come intervento ristrutturante che, pur mantenendo la continuità del percorso, possa favorire una riorganizzazione delle dinamiche, aprendo ad un diverso livello di simbolizzazione anche con il contesto esterno all'ambiente familiare.

Bibliografia

- [1] Andolfi, M. (1991) *La crisi della coppia: una prospettiva sistemico-relazionale*. Milano: Cortina;
- [2] Bachler, E., Frühmann, A., Bachler, H., Aas, B., Strunk, G. and Nickel, M. (2016) Differential effects of the working alliance in family therapeutic home-based treatment of multi-problem families. *J. Fam. Ther.*, 38: 120–148;
- [3] Boscolo, L., Cecchin, G., Hoffman, L., Penn, P. (2004) *La clinica sistemica. Dialoghi a quattro sull'evoluzione del modello di Milano*. Torino: Bollati Boringhieri;

- [4] Boszormenyi-Nagi, I., Spark, G. M. (1988) *Lealtà invisibili. La reciprocità nella terapia familiare intergenerazionale*. Roma: Astrolabio;
- [5] Bowen, M. (1978) *Family Therapy in Clinical Practice*. New York: Jason Aronson;
- [6] Bowen, M. (1979) *Dalla famiglia all'individuo*. Roma: Astrolabio;
- [7] Carter, B. & McGoldrick, M. (1989) *The changing family life cycle: a framework for family therapy*. Boston: Allyn & Bacon;
- [8] Jung, C. G. (1951) *Aion. Ricerche sul simbolismo del Sé*. Vol. 9/2. Torino: Bollati Boringhieri;
- [9] Malagoli Togliatti, M. & Telfner, U. (1984) *La terapia sistemica*. Roma: Astrolabio;
- [10] McGoldrick, M. & Carter, B. (2003) The family life cycle. In F. Walsh (Ed.), *Normal family processes: Growing diversity and complexity* (pp. 375-398). New York, NY: The Guilford Press.
- [11] Minuchin, S. (1976) *Famiglie e terapie della famiglia*. Roma: Astrolabio;
- [12] Minuchin, S., Rosman B.L., Baker, L. (1982) *Famiglie psicosomatiche. L'anoressia mentale nel contesto familiare*. Roma: Astrolabio;
- [13] Watzlawick, P., Beavin, J. H., Jackson, D. D. (1971) *Pragmatica della comunicazione umana. Studio dei modelli interattivi, delle patologie e dei paradossi*. Roma: Astrolabio;
- [14] Whitaker, C. A. (1984) *Il gioco e l'assurdo. La terapia esperienziale della famiglia*. Roma: Astrolabio.