

# **NARRAZIONI CLINICHE:** *storie e vicende dell'esistenza*

*Un contributo di psicologia tra narrazione,  
neuroscienze e cura della complessità.*

**di Prof. Michele Fratellanza**  
Psicologo · Docente di psicologia clinica

## **ABSTRACT**

Questo contributo nasce da una convinzione semplice: in psicologia clinica, chi sa fare la domanda giusta sa già moltissimo. Le pagine che seguono non propongono una tecnica nuova. Propongono un modo di guardare - narrativo, umanisticamente orientato, clinimetricamente avvertito, attento al contesto e alla relazione. Il filo conduttore è il concetto di operosità della cura: la capacità del clinico di tenere insieme ciò che le istituzioni e l'urgenza tendono a separare. I contenuti sono radicati nella ricerca in neuroscienze affettive, etologia cognitiva e psicoterapia basata sull'evidenza.

**Parole chiave:** *narrazione clinica · clinimetria · eutimia · regolazione emotiva · trauma-informed · well-being therapy · complessità*

## **Nota introduttiva**

*Quello che state per leggere non è un manuale. Non è neppure una rassegna di teorie da portare a casa e dimenticare. È un invito. Un invito a sostare davanti a qualcosa che, forse, già conoscete senza saperlo ancora nominare.*

Ho scelto di costruire questo testo come una passeggiata guidata. Cammineremo insieme, a passo lento. A sinistra vedremo la clinica: le sue categorie, i suoi strumenti, le sue diagnosi. A destra vedremo la vita: quella vera, quella che non coincide mai del tutto con nessuna griglia. Il compito, qui, è imparare a tenere tutti e due gli occhi aperti nello stesso momento. Vi chiedo solo una cosa. Lasciate fuori dalla porta la tentazione di cercare subito la risposta giusta. La domanda giusta vale di più. E in psicologia clinica, chi sa fare la domanda giusta sa già moltissimo.

# I. Il racconto come funzione biologica prima che culturale

## 1.1 Perché gli esseri umani raccontano

*Comincio da una scena. Una donna di quarantadue anni entra nello studio. Si siede. Tace per qualche secondo. Poi inizia. Non dice: «Ho un disturbo depressivo ricorrente, episodio in corso, intensità moderata.» Dice: «Non so da dove cominciare.»*

E lì, in quella frase, c'è già tutto. C'è la fatica di dare forma a qualcosa che non ha ancora parole. C'è il bisogno di qualcuno che ascolti prima di classificare. C'è la richiesta - spesso implicita, mai del tutto formulata - di essere riconosciuta come persona e non come caso clinico. L'essere umano racconta. Lo fa da almeno centomila anni, prima ancora che la scrittura esistesse. Lo fa attorno al fuoco, davanti a un medico, in un confessionale, nello spazio protetto di una psicoterapia. Racconta perché narrare è - almeno in parte - il modo in cui rende abitabile l'esperienza: non solo la descrive, ma la trasforma nel momento stesso in cui la organizza in sequenza, causalità, significato. Questa non è un'intuizione letteraria. È un dato che emerge con coerenza crescente dalla ricerca in psicologia cognitiva, neuroscienze affettive e teoria dell'attaccamento. La capacità di costruire una narrazione autobiografica coerente è correlata positivamente con la regolazione emotiva (Pennebaker & Seagal, 1999), la mentalizzazione (Fonagy et al., 2002) e la resilienza post-traumatica (Foa et al., 2007). Non narriamo perché siamo colti. Narriamo perché siamo animali con un sistema nervoso complesso che deve dare senso a ciò che gli accade.

### FINESTRA ETOLOGICA — CORVIDI E MEMORIA EPISODICA

I corvidi — *Corvus corax* e *Corvus corone* — mostrano quella che i ricercatori definiscono memoria episodica-like (Clayton & Dickinson, 1998): non ricordano solo dove hanno nascosto il cibo, ma anche quando, in quale contesto e in presenza di chi. Cosa, dove, quando. È la struttura profonda di ogni racconto autobiografico. Quando un paziente dice «non ricordo niente di quel periodo» non sta descrivendo un deficit generico. Sta segnalando che una o più di queste dimensioni sono collassate, spesso sotto il peso di un carico traumatico o dissociativo. Il lavoro clinico consiste, anche, nel riprendere quel filo.

*Rif.: Clayton & Dickinson (1998). Episodic-like memory during cache recovery by scrub jays. Nature.*

### FOCUS NEUROSCIENTIFICO — NARRAZIONE E DEFAULT MODE NETWORK

La ricerca in neuroimaging ha identificato il **Default Mode Network (DMN)** come substrato neurale del pensiero autobiografico e della proiezione temporale verso passato e futuro (Buckner et al., 2008). Il DMN si attiva quando siamo «offline» rispetto al compito immediato: è la rete del daydreaming, dell'elaborazione della propria storia. Nei disturbi da stress post-traumatico, il DMN mostra iperattivazione e scarsa regolazione da parte dell'amigdala (Lanius et al., 2010). Il risultato sono

intrusioni narrative incontrollate — il flashback — che il paziente vive come replay e non come ricordo organizzato. La psicoterapia narrativa, in questo quadro, non è un accessorio: è un intervento su reti neurali specifiche.

*Rif.: Buckner et al. (2008). The brain's default network. Annals NYAS; Lanius et al. (2010). Emotion modulation in PTSD. Am. J. Psychiatry.*

## 1.2 Il sintomo non basta: il caso come vicenda

Torno alla donna di quarantadue anni. La scheda di invio dice: disturbo depressivo ricorrente, episodio in corso, intensità moderata. Ho la diagnosi. Ho il codice. Eppure non so quasi nulla di clinicamente rilevante. Non so ad esempio quando dorme. Non so se il sonno che trova è quello dell'esaurimento o quello di chi non vorrebbe più svegliarsi. Non so se ha figli. E se ce li ha, come guarda il loro viso la mattina. Non so se ha perso qualcuno, quando, e se quel qualcuno è morto o se n'è andato. Non so cosa significa per lei stare bene.

*Il caso non è mai soltanto il disturbo che porta. Il caso è una vicenda. E una vicenda non coincide mai del tutto con ciò che compare in un report diagnostico.*

Questo non è romanticismo clinico. È precisione. La narrazione clinica serve a ricostruire nessi, tempi, rotture, soglie, modalità difensive, tentativi di tenuta. Una *intake* formattata come un *form* da compilare perde esattamente questo strato. E quando perdiamo questo, perdiamo la persona.

## II. La situazione prima del sintomo

### 2.1 Il campo in cui il disagio prende forma

*C'era un contadino esperto. Quando un seme non germogliava, non concludeva che il seme fosse difettoso. Guardava il terreno. La stagione. L'acqua. La profondità della semina. Sapeva che l'esito visibile non dipende mai da un fattore solo.*

In clinica vale lo stesso movimento. Ciò che appare nel comportamento di una persona non basta, da solo, a spiegare ciò che sta accadendo. Bisogna capire dentro quale terreno affettivo e relazionale quel comportamento è cresciuto, o non è riuscito a crescere. Uno degli insegnamenti più duraturi della psicologia clinica del Novecento, e uno dei più sistematicamente dimenticati nella pratica quotidiana dei servizi, è questo: il problema non è quasi mai tutto dentro la persona identificata come problematica. È sempre, in misura variabile, un prodotto del campo: delle relazioni, dei vincoli istituzionali, delle aspettative implicite, delle risorse disponibili o negate: del contesto! Il modo in cui nominiamo una situazione non è innocente. «Ha dei problemi comportamentali» orienta la ricerca verso l'interno. «Sta attraversando una crisi familiare intensa» allarga il campo. La nomina distribuisce responsabilità, suggerisce dove cercare, anticipa dove intervenire. Nei servizi,

questa scelta linguistica avviene spesso in modo pre-riflessivo. Ed è per questo che va presidiata con consapevolezza critica.

### **FINESTRA ETOLOGICA LUPI, CONTESTO E COMPORTAMENTO EMERGENTE**

Gli etologi che studiano i lupi (*Canis lupus*) hanno a lungo descritto gerarchie rigide di dominanza come caratteristica strutturale della specie. Mech (1999) ha documentato come queste strutture emergano quasi esclusivamente in condizioni di cattività, dove le risorse sono limitate e lo spazio compresso. Nei branchi selvatici la struttura è cooperativa, fluida, contestuale. Il comportamento che osserviamo è sempre anche il comportamento del contesto che lo produce. Isolare il soggetto dalla situazione non descrive il soggetto: descrive l'artefatto creato dall'ambiente artificiale in cui lo abbiamo collocato. Questo vale per i reparti psichiatrici, per le carceri, per le famiglie ad alto conflitto cronico.

*Rif.: Mech, L.D. (1999). Alpha status, dominance, and division of labor in wolf packs. Canadian Journal of Zoology.*

## **2.2 L'approccio umanistico come correttivo epistemologico**

La tradizione umanistica - Rogers in primo luogo, ma anche Yalom, Bugental, Gendlin - mantiene una sua fecondità non perché offra scorciatoie empatiche, ma perché richiama la psicologia a un compito epistemologico essenziale: non perdere la persona mentre cerca di comprenderla. Non si tratta di scegliere tra rigore scientifico e calore relazionale. Si tratta di non confondere la mappa con il territorio. La ragnatela ha un ordine finissimo. Ma non è rigida: tiene perché è fatta di tensioni, appoggi, vuoti, connessioni. Se si guarda solo il filo singolo, si perde la forma intera. Così accade alla persona quando la si osserva unicamente per variabili isolate. Si finisce per perdere la trama che dà loro senso. L'approccio umanistico non è anti-scientifico: è anti-riduzionista. E c'è una differenza importante tra le due posizioni.

## **III. La diagnosi non basta — ma non va dismessa**

### **3.1 Il contributo della clinimetria**

A questo punto qualcuno potrebbe concludere: bene, dunque abbandoniamo le diagnosi. Ci concentriamo sul racconto, sulla relazione, sull'ascolto. Non è quello che sto dicendo. E vale la pena dirlo con chiarezza, perché si tratta di uno degli equivoci più frequenti tra chi inizia a lavorare con modelli narrativi o umanistici. La diagnosi è utile. Nomina un'area del problema. Orienta la prognosi. Permette di confrontare osservazioni tra clinici. Il punto è che non esaurisce la vicenda clinica concreta.

Sotto la stessa etichetta possono trovarsi configurazioni profondamente diverse per intensità, decorso, vulnerabilità, funzionamento, possibilità di compenso e rischio di ricaduta. La clinimetria, nella linea di Feinstein (1987) e poi di Fava e Tomba (2009), introduce una sensibilità più fine verso ciò che nella clinica spesso fa davvero la differenza: la fase del decorso, le comorbilità, il carico complessivo di stress, le risorse ancora presenti.

### **FINESTRA ETOLOGICA — FENICOTTERI E IL COSTO DELL'EQUILIBRIO**

I fenicotteri (*Phoenicopterus roseus*) riposano su una zampa sola. A lungo si è creduto fosse un meccanismo termoregolatorio. Ricerche più recenti suggeriscono che la postura è attivata soprattutto dall'animale sveglio e vigile, non da quello addormentato. L'equilibrio, in biologia, non è mai statico: è un lavoro continuo. Lo stesso vale per l'equilibrio psicologico di una persona. Chiedere «è in remissione?» è come chiedere «è fermo?». La domanda clinicamente più utile è un'altra: quanto sta lavorando per restare in piedi? E a quale costo biologico e relazionale?

### **FOCUS NEUROSCIENTIFICO ALLOSTATIC LOAD E MISURAZIONE DEL FUNZIONAMENTO**

Il concetto di allostatic load (McEwen & Stellar, 1993) descrive il costo biologico cumulativo dell'adattamento cronico a stress ripetuti. Biomarcatori come cortisolo, CRP e variabilità della frequenza cardiaca permettono di stimare quanto il sistema stia pagando per mantenere l'omeostasi.

Nella pratica clinica, questo equivale a chiedersi: questa persona è in remissione, sì - ma qual è la qualità dell'equilibrio che sta mantenendo? A quale costo lo sostiene? Sono le domande che la clinimetria impone e che la sola diagnosi categoriale non sa fare.

*Rif.: McEwen & Stellar (1993). Stress and the individual. Archives of Internal Medicine; Fava & Tomba (2009). Psychological Medicine.*

## **3.2 Clinimetria e narrazione: integrazione, non alternativa**

La narrazione impedisce che la valutazione si irrigidisca in una lettura per caselle. La clinimetria impedisce che la narrazione resti troppo generale, troppo impressionistica, scarsamente trasmissibile.

*Insieme, costringono il clinico a sostare sulla qualità della presentazione: sulle differenze intra-diagnostiche, sui passaggi del decorso, sul rapporto tra sintomo, funzionamento e contesto. È questo che, nella pratica reale, fa la differenza tra un report e una lettura.*

## IV. Regolazione emotiva e processi transdiagnostici

### 4.1 Ciò che attraversa le diagnosi

*Penso a un paziente che conosco da alcuni mesi. Non urla. Non piange. Non fa nulla di spettacolare. Sparisce. Si cancella. Si rende invisibile nel momento in cui l'emozione sale. L'etichetta diagnostica è una. Il processo che osservo è un altro.*

La ricerca psicologica e neuroscientifica degli ultimi vent'anni restituisce un dato con crescente coerenza: molte forme del disagio, pur differenti sul piano descrittivo, condividono difficoltà nel modulare, tollerare, nominare o trasformare stati interni intensi. Questa difficoltà - la disregolazione emotiva - è transdiagnostica. La troviamo nei disturbi d'ansia, nella depressione, nei disturbi di personalità, nelle dipendenze, in molti quadri al confine tra le categorie.

Gratz e Roemer (2004) hanno proposto un modello multicomponenziale che include: la consapevolezza delle emozioni, la capacità di accettarle, la possibilità di agire efficacemente anche in presenza di distress, il controllo degli impulsi. Queste componenti non corrispondono a un singolo disturbo. Sono processi funzionali che variano in modo indipendente - e che possono essere target di intervento specifico, indipendentemente dalla diagnosi categoriale.

Questo cambia qualcosa nella pratica. L'impulsività, il ritiro, l'evitamento, la saturazione cognitiva non vanno letti solo come sintomi da classificare. Vanno letti come modalità attraverso cui il soggetto tenta - spesso in modo povero, rigido, costoso — di governare stati interni percepiti come ingestibili.

*Il comportamento problema diventa un tentativo di soluzione. E comprendere per quale problema sia una soluzione è la domanda clinicamente più produttiva.*

#### **FOCUS NEUROSCIENTIFICO AMIGDALA, CORTECCIA PREFRONTALE E DOWNREGULATION EMOTIVA**

La ricerca in neuroimaging ha documentato che la regolazione cognitiva delle emozioni - ad esempio la rivalutazione cognitiva - attiva la corteccia prefrontale laterale e ventromediale, riducendo la risposta dell'amigdala agli stimoli emotigeni (Ochsner et al., 2002; Gross & Thompson, 2007). Questo circuito è il substrato neurale di ciò che clinicamente osserviamo come capacità di stare con l'emozione senza agirla. Nei disturbi da disregolazione cronica, la connettività funzionale tra prefrontale e amigdala risulta ridotta (Hare et al., 2008). Le terapie evidence-based - DBT, ACT, CBASP - producono modificazioni misurabili in questo circuito. L'intervento psicologico agisce su substrati neurobiologici specifici, non su costrutti astratti.

*Rif.: Ochsner et al. (2002). Journal of Cognitive Neuroscience; Hare et al. (2008). PNAS.*

## 4.2 La prospettiva transdiagnostica e la narrazione

La narrazione clinica ricostruisce il senso situato della condotta: la sua collocazione dentro una storia, un legame, una soglia di paura, una forma di vergogna, un modo singolare di tenersi insieme. La prospettiva transdiagnostica individua processi comuni che orientano interventi più precisi e meno reificanti. La prima impedisce che il processo venga astratto dalla vicenda. La seconda impedisce che la vicenda resti priva di punti clinicamente confrontabili. In questo equilibrio, il comportamento non viene né banalizzato né assolutizzato: viene interrogato come forma situata di regolazione, difesa, adattamento o domanda di riconoscimento.

## V. Eutimia: la cura ha un bersaglio positivo

### 5.1 Guarire non è solo smettere di stare male

*Vi faccio una domanda. Pensate a un momento della vostra vita in cui stavate bene. Non semplicemente senza dolore. Bene. Cosa c'era, in quel momento, che lo rendeva tale?*

Quello che descrivete - la presenza di qualcosa, non solo l'assenza di qualcos'altro - è il campo dell'eutimia. Un costrutto transdiagnostico che comprende non solo l'assenza di alterazioni dell'umore sopra soglia, ma la presenza di affetti positivi, benessere psicologico funzionante, flessibilità adattiva, resilienza strutturale. La risposta che la psicologia ha dato per decenni è stata: stare meglio significa star meno male. La remissione come assenza del disturbo. Il recupero come vuoto lasciato dal sintomo. Questa risposta è incompleta - e la ricerca ce lo dice con chiarezza crescente.

Fava e Bech (2016) propongono l'eutimia non come terra di nessuno tra due episodi patologici, ma come stato clinicamente positivo e dinamico. Ryff (1989) aveva già distinto sei dimensioni del benessere psicologico - autonomia, padronanza ambientale, crescita personale, relazioni positive, scopo nella vita, autoaccettazione - e mostrato che non sono semplicemente l'assenza dei corrispettivi negativi: sono costrutti positivi distinti, con decorsi parzialmente indipendenti.

### **FINESTRA ETOLOGICA MEGATTERE E IL CANTO COME INDICATORE DI SISTEMA**

Le megattere (*Megaptera novaeangliae*) producono sequenze sonore complesse - che durano ore, cambiano di anno in anno, si propagano tra popolazioni distanti nell'oceano (Payne & McVay, 1971). I maschi cantano in condizioni di relativo benessere, in assenza di minacce acute. Il canto non è risposta a un'emergenza: è espressione di un sistema che funziona. In psicologia, la capacità di sperimentare piacere, coltivare legami, orientarsi verso il futuro con qualcosa che assomiglia alla speranza non è un lusso che emerge «dopo» la cura. È parte integrante di ciò che stiamo cercando di restituire.

## **FOCUS NEUROSCIENTIFICO NEUROPLASTICITÀ E PROMOZIONE ATTIVA DEL BENESSERE**

La ricerca sulla neuroplasticità ha documentato che esperienze ripetute di stati positivi - mindfulness, esercizio fisico aerobico, potenziamento delle relazioni sociali - producono cambiamenti strutturali e funzionali misurabili: aumento del volume ippocampale (Holzel et al., 2011), riduzione della densità di materia grigia nell'amigdala (Taren et al., 2015), aumento dell'espressione di BDNF. Questo non significa che «pensare positivo» risolva la depressione. Significa che la promozione attiva del benessere ha substrati neurobiologici identificabili. L'intervento sul polo positivo è un intervento su sistemi neurali distinti da quelli che gestiscono il dolore.

*Rif.: Holzel et al. (2011). Psychiatry Research; Taren et al. (2015). Social Cognitive and Affective Neuroscience.*

### **5.2 Well-Being Therapy: il benessere come oggetto clinico**

È in questo quadro che la Well-Being Therapy di Fava (2016) assume un interesse clinico particolare. Non perché proponga un generico ottimismo cognitivo, ma perché trasforma il benessere in un oggetto osservabile, monitorabile e su cui lavorare terapeutamente. Il paziente tiene un diario strutturato in cui registra episodi di benessere - anche minimi - e le circostanze che li interrompono. Questo non è semplice self-monitoring: è un'operazione che modifica il punto di osservazione. Permette di vedere come il soggetto interrompa, svaluti o non riesca a sostenere stati anche minimi di equilibrio. E proprio queste interruzioni — spesso automatiche, pre-riflessive — diventano il terreno su cui lavorare. Il monitoraggio del benessere non è una fuga dalla sofferenza. È uno strumento per renderla più leggibile.

## **VI. Trauma, violenza e contesto: quando la sofferenza eccede**

### **6.1 Il trauma non è solo un disturbo individuale**

*C'è un rischio ricorrente nella pratica clinica. Bisogna nominarlo con chiarezza, senza smussarlo. È il rischio di “psicologizzare” ciò che non è solo psicologico.*

Di cercare la causa di una sofferenza dentro la persona, quando quella sofferenza è stata prodotta - almeno in parte - da forze che vengono da fuori: dalla violenza, dall'esclusione, dalla guerra, dalla minaccia strutturale cronica. Nei contesti di trauma cronico - violenza domestica protratta, conflitti armati, migrazione forzata, esclusione sociale persistente - il danno psichico non può essere letto adeguatamente come semplice patologia individuale. In questi casi, la sofferenza

prende forma dentro una storia che eccede il singolo. Attraversa i legami. Altera la fiducia di base. Modifica il rapporto con il tempo, con l'altro, con la possibilità stessa di sentirsi al sicuro.

### **FINESTRA ETOLOGICA ELEFANTI E MEMORIA DEL TRAUMA COLLETTIVO**

Gli elefanti (*Loxodonta africana*) mostrano comportamenti che la ricerca descrive come correlati del PTSD dopo eventi traumatici come bracconaggio intensivo o stermini di branco (Bradshaw et al., 2005). I giovani maschi sopravvissuti - privi delle matriarche che normalmente regolano i comportamenti del gruppo - mostrano iperreattività, aggressività elevata, difficoltà nelle interazioni sociali. Il dato più rilevante è sistemico: il trauma non lascia solo sintomi isolati nel singolo individuo. Riorganizza il campo relazionale e simbolico dentro cui l'animale continua a vivere. La guarigione richiede la ricostituzione di un contesto relazionale sicuro, non solo l'elaborazione individuale dell'evento. Il trauma è sempre anche un disturbo del legame.

*Rif.: Bradshaw et al. (2005). Elephant breakdown. Nature.*

## **6.2 Trauma-informed care: una clinica più ampia**

L'approccio trauma-informed - clinico e organizzativo insieme - orienta i servizi a essere più sicuri, più attenti alla storia traumatica del paziente, meno esposti al rischio di ri-attivare vissuti di sopraffazione. Non è una tecnica specifica: è una cornice che modifica il modo in cui il servizio stesso si presenta alla persona. La conseguenza teorica è chiara: molte condotte non sono organizzate primariamente da un «difetto» intrapsichico in senso astratto, ma da un campo di minaccia, impotenza, umiliazione o deumanizzazione che si è sedimentato nel corpo e nel sistema nervoso.

*Se non vediamo questo, leggiamo come disturbo ciò che è — almeno in parte — risposta adattiva a violenza. Il trauma non chiede meno clinica. Chiede una clinica più ampia.*

## **VII. La relazione terapeutica come luogo di verifica**

### **7.1 La relazione come componente attiva, non cornice passiva**

*I bonobo, dopo uno scontro, non si ignorano. Si avvicinano. Si toccano. Si guardano. I ricercatori li descrivono come specialisti della riparazione relazionale. Mi è capitato di pensarci, in certi momenti di supervisione.*

La relazione terapeutica non può essere pensata come il contenitore neutro dell'intervento. Ne costituisce una componente attiva - e i dati della ricerca psicoterapeutica lo confermano con una delle evidenze più robuste del campo: l'alleanza terapeutica è uno dei predittori di esito più stabili, indipendentemente dall'orientamento teorico (Horvath et al., 2011; Wampold, 2015). È dentro la relazione che il soggetto misura la possibilità di essere riconosciuto. Di affidarsi senza sentirsi espropriato. Di pensare la propria sofferenza senza essere immediatamente ridotto a rischio, deficit o caso da gestire. È dentro la relazione, in altri termini, che tutti i livelli analizzati in questo contributo diventano concretamente verificabili — o vengono smentiti dalla qualità dell'incontro reale.

### **FOCUS NEUROSCIENTIFICO**

#### **NEURONI SPECCHIO, SINTONIZZAZIONE E RISONANZA INTERPERSONALE**

Il sistema dei neuroni specchio — identificato inizialmente da Rizzolatti e collaboratori in studi su primati non umani (Rizzolatti & Craighero, 2004) - fornisce un substrato neurologico alla comprensione intersoggettiva. Quando osserviamo un'azione o un'espressione emotiva, si attivano aree motorie ed emotive analoghe a quelle che si attiverebbero se fossimo noi a compierla. In ambito clinico, questo significa che l'ascolto attivo non è un'operazione puramente cognitiva: è un processo che coinvolge sistemi motori, somatosensoriali ed emotivi del terapeuta. La sintonizzazione affettiva (Stern, 1985) trova un correlato neurofisiologico in questa risonanza. Quando il clinico «sente con» il paziente, sta attivando reti neurali condivise. Non è metafora: è fisiologia dell'incontro.

*Rif.: Rizzolatti & Craighero (2004). Annual Review of Neuroscience; Stern, D.N. (1985). The Interpersonal World of the Infant.*

## **7.2 Identità, linguaggio e potere nella stanza di terapia**

Un tema che emerge con forza crescente nella letteratura è il seguente: quando il terapeuta non sa regolare il proprio modo di nominare, ascoltare e riconoscere, compromette non soltanto l'alleanza, ma anche la sicurezza del setting e la possibilità stessa che il paziente usi quello spazio per pensare. Identità, linguaggio e potere non sono variabili esterne alla tecnica. Entrano dentro la sostanza dell'intervento, perché incidono direttamente sulle condizioni relazionali che rendono possibile la cura. Questo vale per la questione di genere, per quella culturale, per quella generazionale. Vale, in ultima analisi, per ogni incontro clinico. Il clinico che non si interroga su come la propria identità entri nella stanza non è neutro. È semplicemente inconsapevole della propria prospettiva. E l'inconsapevolezza non neutralizza il potere: lo lascia agire senza controllo.

## VIII. Operosità della cura: tenere insieme

### 8.1 Oltre la frammentazione

*Gli storni fanno qualcosa di straordinario. Migliaia di individui che si muovono come un unico organismo. Nessun leader. Nessuna regia centrale. Ogni storno segue regole locali semplici. La complessità emerge dall'interazione.*

In clinica, qualcosa di analogo accade quando si riesce a tenere insieme narrazione, valutazione, relazione, attenzione al contesto e prospettiva transdiagnostica. Nessuno di questi elementi da solo sa abbastanza. Insieme producono una comprensione che nessuno dei singoli avrebbe raggiunto. Non è somma: è emergenza (Ballerini et al., 2008).

Una clinica ridotta a frammenti — che conosce il sintomo ma non la vicenda, la diagnosi ma non il funzionamento, il protocollo ma non la relazione — sa qualcosa di preciso e troppo poco di essenziale. Può descrivere, talvolta con accuratezza, ma non riesce a cogliere quale equilibrio stia sostenendo un comportamento, quale funzione stia ancora svolgendo una difesa, quale forma di legame stia trattenendo il soggetto dentro una posizione di sofferenza che, pur dolorosa, continua a rappresentare una modalità di tenuta.

L'operosità della cura - il termine che ho scelto per questo contributo - non è attivismo tecnico. Non è fare di più, fare più in fretta, sommare interventi. È la capacità di tenere insieme ciò che l'istituzione, la diagnosi e il senso comune tendono a separare.

### 8.2 Il professionista che sa fermarsi

Concludo con una considerazione che riguarda non solo la teoria, ma la pratica quotidiana — quella che incontrerete nei servizi, nei consultori, negli studi, nelle comunità. La pratica professionale più solida non è quella che interviene prima di aver capito. È quella che sa fermarsi abbastanza da definire bene la situazione. Senza per questo restare immobile. Fermarsi per capire non è esitazione: è rigore. È rispetto per la complessità della persona che si ha davanti. Nel feed quotidiano dei servizi - il case load, il follow-up standardizzato, la rendicontazione per output - questa capacità di sosta diventa quasi un atto controcorrente. Ed è per questo che richiede formazione specifica, supervisione continua e una robusta identità professionale.

*La pratica più fondata non coincide con l'intervento più rapido, ma con quello che definisce meglio la situazione, riconosce i nessi decisivi, legge il funzionamento senza schiacciare la dignità della persona, e restituisce una forma di intelligibilità là dove la vita si è presentata in modo disperso o saturo.*

Il clinico che ha interiorizzato questa distinzione è quello che - anche nel contesto più accelerato - riesce ancora a vedere la persona prima del paziente, la storia prima

del disturbo, la funzione prima del sintomo.

## **Conclusione: la cura come capacità di tenere**

*Nei fatti clinici e sociali non incontriamo mai semplicemente eventi isolati. Non incontriamo sintomi allo stato puro. Incontriamo configurazioni di vita.*

Assetti, equilibri precari, storie di adattamento, campi relazionali, logiche istituzionali, vulnerabilità biologiche e sociali che si intrecciano fino a rendere insufficiente ogni lettura univoca. La diagnosi non basta. Il sintomo non basta. Il contesto da solo non basta. E non basta neppure una narrazione che rinunci a valutare il funzionamento reale della persona. Ogni approccio, da solo, è sempre troppo poco.

Il punto di convergenza è uno solo: la sofferenza non è mai solo un contenuto interno, né è soltanto un effetto del contesto. Prende forma nell'incontro tra una storia soggettiva, un corpo che porta costi e adattamenti, legami che sostengono o impoveriscono, linguaggi che rendono pensabile o indicibile l'esperienza, istituzioni che proteggono oppure frammentano, e condizioni materiali che ampliano o restringono lo spazio del possibile.

Una psicologia clinica all'altezza di questa complessità deve essere insieme narrativa, umanisticamente orientata, sistemica, relazionale e clinimetricamente avvertita. Deve saper leggere il sintomo senza assolutizzarlo, il contesto senza dissolvere il soggetto, il benessere senza banalizzarlo, la valutazione senza irrigidirla, il trauma senza psicologizzarlo in modo cieco, e la relazione senza ridurla a semplice cornice del trattamento.

*Il significato più alto dell'operosità della cura non sta nel fare di più, né nel fare più in fretta. Sta nel tenere insieme — con disciplina teorica ciò che la pratica tende a spezzare, con responsabilità umana ciò che l'istituzione tende a segmentare, con prudenza clinica ciò che l'urgenza vorrebbe semplificare.*

E forse è proprio qui che una psicologia davvero esperta si riconosce: non nel dominio di una tecnica isolata, ma nella capacità di abitare con rigore il punto in cui le vite umane si mostrano, sempre, più complesse dei modelli che dovrebbero aiutarci a comprenderle.

## Riferimenti bibliografici

- Ballerini, M., Calbibbo, N., Candelier, R., Cavagna, A., Cisbani, E., Giardina, I., Lecomte, V., Orlandi, A., Parisi, G., Procaccini, A., Viale, M., & Zdravkovic, V. (2008). Interaction ruling animal collective behavior depends on topological rather than metric distance. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 105(4), 1232–1237.
- Bradshaw, G. A., Schore, A. N., Brown, J. L., Poole, J. H., & Moss, C. J. (2005). Elephant breakdown. *Nature*, 433, 807.
- Bleger, J. (1971). *Psicoigiene e psicologia istituzionale*. Feltrinelli.
- Buckner, R. L., Andrews-Hanna, J. R., & Schacter, D. L. (2008). The brain's default network: Anatomy, function, and relevance to disease. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1124, 1–38.
- Clayton, N. S., & Dickinson, A. (1998). Episodic-like memory during cache recovery by scrub jays. *Nature*, 395, 272–274.
- Fava, G. A. (2016). *Well-being therapy: Treatment manual and clinical applications*. Karger.
- Fava, G. A., & Bech, P. (2016). The concept of euthymia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 85(1), 1–5.
- Fava, G. A., & Tomba, E. (2009). Increasing psychological well-being and resilience by psychotherapeutic methods. *Journal of Personality*, 77(6), 1903–1934.
- Feinstein, A. R. (1987). *Clinimetrics*. Yale University Press.
- Foa, E. B., Hembree, E. A., & Rothbaum, B. O. (2007). *Prolonged exposure therapy for PTSD: Emotional processing of traumatic experiences*. Oxford University Press.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. Other Press.
- Frankl, V. E. (2015). *Uno psicologo nei lager*. Ares.
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41–54.
- Gross, J. J., & Thompson, R. A. (2007). Emotion regulation: Conceptual foundations. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 3–24). Guilford Press.
- Hare, T. A., O'Doherty, J., Camerer, C. F., Schultz, W., & Rangel, A. (2008). Dissociating the role of the orbitofrontal cortex and the striatum in the computation of goal values and prediction errors. *Journal of Neuroscience*, 28(22), 5623–5630.
- Hölzel, B. K., Carmody, J., Vangel, M., Congleton, C., Yerramsetti, S. M., Gard, T., & Lazar, S. W. (2011). Mindfulness practice leads to increases in regional brain gray matter density. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 191(1), 36–43.
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48(1), 9–16.
- Lanius, R. A., Vermetten, E., Loewenstein, R. J., Brand, B., Schmahl, C., Bremner, J. D., & Spiegel, D. (2010). Emotion modulation in PTSD: Clinical and neurobiological evidence for a dissociative subtype. *American Journal of Psychiatry*,

167(6), 640–647.

May, R. (1967). *L'uomo alla ricerca di sé*. Astrolabio.

McEwen, B. S., & Stellar, E. (1993). Stress and the individual: Mechanisms leading to disease. *Archives of Internal Medicine*, 153(18), 2093–2101.

Mech, L. D. (1999). Alpha status, dominance, and division of labor in wolf packs. *Canadian Journal of Zoology*, 77(8), 1196–1203.

Ochsner, K. N., Bunge, S. A., Gross, J. J., & Gabrieli, J. D. E. (2002). Rethinking feelings: An fMRI study of the cognitive regulation of emotion. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 14(8), 1215–1229.

Payne, R. S., & McVay, S. (1971). Songs of humpback whales. *Science*, 173(3997), 585–597.

Pennebaker, J. W., & Seagal, J. D. (1999). Forming a story: The health benefits of narrative. *Journal of Clinical Psychology*, 55(10), 1243–1254.

Rizzolatti, G., & Craighero, L. (2004). The mirror-neuron system. *Annual Review of Neuroscience*, 27, 169–192.

Rogers, C. R. (1970). *La terapia centrata sul cliente*. Giunti.

Rogers, C. R. (1983). *Un modo di essere*. Giunti.

Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069–1081.

Stern, D. N. (1985). *Il mondo interpersonale del bambino*. Bollati Boringhieri.

Taren, A. A., Creswell, J. D., & Gianaros, P. J. (2015). Mindfulness meditation training alters stress-related amygdala resting state functional connectivity. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 10(12), 1758–1768.

van der Kolk, B. A. (2014). *Il corpo accusa il colpo*. Raffaello Cortina.

Vignati, R. (2023). *Lo sguardo sulla persona: Psicologia delle relazioni umane*. Libreriauniversitaria.it

Wampold, B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? *World Psychiatry*, 14(3), 270–277.

Winnicott, D. W. (1965). *Sviluppo affettivo e ambiente*. Armando Editore.

Yalom, I. D. (1980). *Psicoterapia esistenziale*. Raffaello Cortina Editore.