

**“Vorrei cambiare la mia forma!”
Costruzione di nuove rappresentazioni di sé
in una storia di ‘depressione’**

*Paola Castellan**

Riassunto. Nell’articolo l’autrice presenta una storia clinica in cui l’uso di una etichetta diagnostica contribuiva ad alimentare i processi che mantenevano il problema; attraverso alcune declinazioni pratiche del modello interazionista, la terapeuta ha potuto avvalersi di metodiche orientate alla decostruzione di tale etichetta e finalizzate a promuovere un cambiamento nelle rappresentazioni di sé.

Parole chiave: Psicoterapia Interazionista; Rappresentazioni di sé; Cambiamento

Abstract. In the paper, the author reports a story where the use of a diagnostic label contributed to the persistence of the problem. Thanks to strategies belonging to the interactionist approach, the therapist was able to deconstruct the diagnostic label and to promote change in the self-representations of the client.

Key words: Interactionist Psychotherapy; Self-representations; Change

1. Introduzione

La situazione clinica presentata riporta la storia di Anna, una ragazza in carico al servizio psichiatrico con diagnosi di depressione. La sua storia è un valido esempio di quanto l’uso di un’etichetta diagnostica possa divenire una trappola che impedisce agli individui di uscire da una storia di malattia. L’uso di etichette diagnostiche, caratteristica di terapie basate su un impianto medico e classificatorio, può infatti risultare limitante e contribuire a reificare modalità disfunzionali di essere e di percepire il mondo.

Al contrario, verrà illustrato come l’uso di una terapia condotta secondo i principi del modello interazionista, consenta di decostruire tali modalità ridondanti, accelerando i processi che orientano la persona verso un possibile cambiamento.

Ponendo quindi attenzione al modo particolare di significare l’esperienza personale, la terapia con Anna è stata costruita non tanto attorno al suo problema di depressione e alla necessità di trovare una cura, quanto piuttosto attorno ad una storia ed un racconto ed i relativi significati di cui era portatrice. Ciò che per altri approcci appare come una patologia, dal punto di vista interazionista viene letto come un esito disfunzionale di storie personali, di particolari esperienze di vita, delle loro interpretazioni e narrazioni.

* *Psicologa, Psicoterapeuta.*

2. La storia di Anna e primi colloqui

Anna, al primo colloquio, si presenta rallentata nei movimenti e nell'eloquio e risulta evidente che sta assumendo psicofarmaci. Durante i primi due incontri racconta nei dettagli la storia legata alla sua salute mentale.

È una ragazza la cui passione è sempre stata la lettura; laureatasi in lingue, il lavoro che il padre le aveva trovato come impiegata commerciale, poco aveva a che fare con i suoi studi. Anna, infatti, racconta di come si sia trovata ad iniziare un lavoro in cui per lei tutto era completamente nuovo ed a sostenere ritmi frenetici a cui non era abituata. Secondo il racconto di Anna, la continua stanchezza, la mancanza di energie l'hanno portata "a sviluppare un esaurimento nervoso: non riuscivo più a reggere i ritmi lavorativi e a finire tutto ciò che dovevo fare, così andavo a letto e continuavo a pensare alle cose che ancora, al lavoro, dovevo terminare. La notte, in questo modo, non dormivo e il giorno dopo ero ancora più stanca. Così il lavoro si accumulava e non riuscivo a concludere niente!".

Dopo alcuni mesi, esausta di questa situazione per lei intollerabile, Anna tenta il suicidio gettandosi dal balcone di casa; a tale tentato suicidio è seguito un periodo di ricovero in psichiatria a cui fanno seguito una diagnosi di depressione psicotica e visite con lo psichiatra.

Rispetto alla soluzione proposta da quest'ultimo, ossia continuare con la terapia farmacologica iniziata durante il ricovero, Anna fin da subito ha manifestato una forte reticenza per i pesanti effetti collaterali dei farmaci; sono quindi seguite svariate prove per trovare il farmaco più adatto e, in particolare, Anna riporta che "soprattutto mi sentivo privata di un potere decisionale rispetto al mio corpo e alla mia salute. Quanto io raccontavo al medico, sembrava non avere nessuna importanza per lui!"

Anna, dopo il periodo di ricovero e uno di riposo, decide comunque di tornare al lavoro: inizia così una lunga serie di lavori che continua a cambiare e che non la soddisfano, non trovando mai un ambiente che sia per lei confortevole e adeguato.

Trascorsi alcuni anni in questo modo, ricorda: "mi sembrava di stare meglio, ormai erano due anni che avevo deciso, di mia spontanea iniziativa, di interrompere l'uso dei farmaci e gli incontri con lo psichiatra".

Licenziatasi anche dall'ultimo lavoro, decide di utilizzare buona parte dei soldi che aveva risparmiato per comprarsi molti libri di narrativa. Trascorre così gli ultimi mesi di quell'anno a leggere molto finché, Anna racconta: "sono andata completamente fuori di testa; continuavo a delirare ed ero convinta di avere un fidanzato scrittore... facevo sogni sempre più strani, ho iniziato ad avere paura finché i miei sogni mi hanno suggerito di farmi ricoverare".

I genitori, preoccupati, decidono di portarla al pronto soccorso e, nuovamente, viene ricoverata in psichiatria. A seguito delle dimissioni, Anna decide di affidarsi al suo psichiatra che, oltre a prescriverle nuovamente farmaci, le consiglia anche un percorso psicoterapeutico.

Anna inizia quindi a seguire, dapprima, un percorso psicoterapeutico con la psicologa del centro di salute mentale ma, non trovandosi bene, decide di abbandonarlo per rivolgersi ad un altro psicologo, amico di suo padre. In entrambi i casi, però, Anna riferisce di non sentirsi a suo agio, poiché non si sente ascoltata e decide in tal modo di interrompere entrambi i percorsi.

Obiettivo dei nostri primi colloqui è stata quindi la comprensione della realtà portata da Anna, per esplorare quale ne fosse la sua percezione, partendo proprio da quali sono state le ragioni che l'avevano portata ad intraprendere un nuovo percorso terapeutico proprio in quel preciso momento della sua vita. Interrogata in questo senso, Anna afferma: *“sono stanca di avere a che fare con psichiatri, farmaci e psicologi! Vorrei fare un percorso fatto bene una volta per tutte! Inoltre mi piacerebbe riuscire ad avere una vita sociale soddisfacente, che mi consenta di recuperare una mia autonomia dalla famiglia”*.

Anna vive con i genitori ed un fratello più giovane di lei; durante i primi colloqui da alcune frasi lascia intuire che i rapporti sono tesi, in particolare con la madre.

Alla conclusione dei primi colloqui, l'aver permesso ad Anna di esplicitare le sue motivazioni e, al contempo, raccogliere le sue aspettative rispetto ad un percorso terapeutico, sono risultati essere aspetti fondamentali che hanno permesso ad Anna di trovare un primo vero spazio non giudicante in cui lei potesse sentirsi a suo agio nel raccontare i suoi problemi e le sue difficoltà.

3. Analisi professionale del problema

Nella domanda portata da Anna – “non voglio più avere a che fare con il mondo della psichiatria” – emerge chiaramente come ella sembra aver impersonato per tanto tempo un ruolo che le è stato attribuito dalla famiglia e dall'istituzione psichiatrica, ma che ora non si sente più di rispecchiare e che non vuole più accettare passivamente.

“È come se io fossi vissuta sempre dentro ad una scatola di forma quadrata: ora questa scatola mi va stretta e ho deciso che voglio allargarmi un po', che voglio stare un po' più comoda...e, quasi quasi, vorrei completamente cambiare forma!” è una frase pronunciata da Anna durante uno dei primi colloqui, una metafora che lascia intravedere ampi spazi di lavoro: laddove il precedente percorso psichiatrico aveva in qualche modo cercato di mantenere Anna dentro la sua scatola, si esplicita la volontà di Anna stessa di pensarsi anche altro, di allargare i suoi orizzonti e di cambiare il suo punto di vista. Rimandarle queste sensazioni e chiederle cosa ne pensa è diventata una strategia importante per condividere con Anna un obiettivo generale, di lungo termine, che consiste appunto nell'accompagnarla a “cambiare la sua forma” e trovare così un nuovo equilibrio per la sua vita.

Raccogliendo e analizzando queste prime informazioni, il piano di intervento costruito doveva essere volto innanzitutto a interrompere tutte le tentate soluzioni (Watzlawick et al., 1974) che non facevano altro che confermare negli altri ed in Anna stessa il ruolo di malata e depressa, poiché in balia di umori e reazioni che non dipendevano da lei, ma dalla sua malattia, e che Anna sembrava non riuscire a controllare. Una volta raggiunto questo primo importante obiettivo, il piano di intervento si sarebbe focalizzato sull'ampliamento dei ruoli e delle possibilità di essere in modo diverso, non più limitate ad un solo ed unico ruolo nel quale si trovava cristallizzata.

4. Il percorso terapeutico: primi obiettivi

All'interno della lettura sopra riportata, è stata condivisa con Anna la necessità di individuare degli obiettivi che avrebbero consentito di andare nella direzione voluta, partendo dalle sue necessità e dai suoi bisogni.

Il primo obiettivo, nominato da Anna stessa, è risultato esser "*Ottenere serenità!*", vissuto come 'assenza di depressione'.

La tecnica successivamente usata ha aperto la possibilità ad una vera e propria ristrutturazione rispetto all'idea stessa di depressione: una volta invitata la persona a rinominare la depressione, affidandomi in questo al pensiero di White, che afferma come le descrizioni scientifiche dei problemi provochino una decontestualizzazione del problema, diminuendo "le possibilità di scelta disponibili alle persone per intervenire nella vita del problema" (White, 1992, p.27), Anna ha risposto che il termine che meglio si adatta in questo senso potrebbe essere "*malinconia*".

Mentre il termine depressione richiama inesorabilmente il concetto di malattia psichica, la parola malinconia, meno connotata, ha permesso di continuare la discussione cercando agganci con la letteratura, ambito di interesse di Anna. Lei, da vera esperta ed appassionata, ha cercato di spiegare come, in alcuni autori, la malinconia sia stata l'incentivo che li ha portati a scrivere opere superbe e come, quindi, questa non abbia esclusivamente una connotazione negativa.

Anna, abituata a parlare il linguaggio della malattia, era legittimata a viverci prima di tutto come malata e depressa, un linguaggio diventato ormai di uso comune e che ha tradotto la tristezza e la malinconia personale nei termini medici e diagnostici. Rinominare la depressione ha permesso di far emergere nuovi punti di vista su una condizione che Anna viveva esclusivamente come problematica e patologica, offrendole in tal modo la possibilità di intravedere nuove e diverse prospettive al di là dell'immagine che ormai lei stessa riconosceva e le veniva rimandata dagli altri significativi – una ragazza depressa e quindi malata. L'etichetta diagnostica depressione, che fino a poco tempo prima aveva limitato la possibilità di Anna e di chi le stava attorno di pensarsi anche altro, aveva in questo modo diminuito la sua potenza retorica, diventando uno dei tanti modi, ma non per forza l'unico, con cui nominare il suo stato d'animo.

Indagando la teoria sul problema di Anna riguardo alla sua *malinconia*, è emerso come lei stessa individuasse, prima fra tutte, le dinamiche familiari quotidiane. Anna infatti, si trova a vivere in un contesto familiare che descrive come governato da ruoli rigidi e stereotipati, in cui alla madre viene riconosciuto un ruolo talmente importante che surclassa tutti gli altri; ad Anna sembra essere stato affidato il ruolo della malata di casa, la "pazza" che si lascia andare a reazioni che non fanno che alimentare tale convinzione nei genitori, supportati anche dall'istituzione psichiatrica che ha preso in carico la figlia nei momenti di crisi acuta e che continua a tenerla in carico. Aggiunge poi, al termine del colloquio, un'ultima frase: "*beh, diciamo inoltre che io non sono neanche poi molto equilibrata!*".

Dei due aspetti – la famiglia ipercritica e l'essere poco equilibrata – il lavoro terapeutico successivo si è concentrato sul secondo, poiché maggiormente 'decostruibile'; Anna non ha altro al di fuori della sua vita familiare che riveste una grande importanza e ciò rende

impossibile, in questa fase del percorso, chiederle di rinunciare a una sua identità se al momento non ne dispone di alternative.

L'intervento è quindi proseguito con l'obiettivo di decostruire proprio la teoria secondo la quale Anna si descrive come non equilibrata, narrazione che non fa altro che alimentare la sua idea di sé come persona malata. In tal senso è stata utilizzata la strategia dell'esternalizzazione che, come sostiene White (1992), offre la possibilità di descrivere se stessi, gli altri e le relazioni da una prospettiva nuova, consentendo, quindi, lo sviluppo di una storia alternativa che permetta di vedere fatti della propria vita non percepiti nella descrizione saturata del problema, che viene in tal modo ampliato e reso meno restrittivo. L'obiettivo volto alla decostruzione consisteva nel sostenere Anna nella comprensione di come lei stessa fosse parte attiva nella creazione della propria realtà di sofferenza e di come potesse essere altrettanto attiva nel cercare e nel trovare strategie che le permettessero di affrontare le situazioni problematiche.

Chiedere quindi ad Anna di individuare un'immagine, che descrivesse al meglio la situazione riferita al suo umore, ha consentito di percepire un controllo rispetto alla problematica portata per lei, fonte di molta sofferenza poiché subita come qualcosa di esterno, che succede senza una motivazione chiara.

L'immagine individuata da Anna, un nuvolone nero che arriva rovinandole l'umore e la giornata, è apparsa fin da subito come un'immagine troppo passiva. Cercando quindi di contestualizzare la presenza del nuvolone, sono state poste delle domande che spingessero Anna ad individuare come anche lei stessa contribuisse all'arrivo di tale nuvolone nelle sue giornate e di come potesse essere altrettanto attiva nello scacciarlo dalla sua vita. Tali ragionamenti hanno permesso di lavorare, nei successivi colloqui, per trovare nuove strategie concrete che le consentissero di "fare il vento" e di allontanare il nuvolone nero. Una volta individuate da Anna stessa le strategie efficaci in tal senso, ella si è impegnata, nelle settimane successive, a sperimentarle nella sua vita quotidiana.

Raggiungere tale obiettivo ha consentito ad Anna di sperimentare un primo importante senso di benessere: ella non viveva più la sua condizione come qualcosa di ineluttabile e incontrollabile, ma come qualcosa su cui lei stessa poteva influire. Ciò ha permesso ad Anna di aumentare la consapevolezza sul fatto che lei stessa poteva essere attivamente impegnata nel direzionare la sua vita, non più passivamente in balia degli eventi e delle definizioni altrui.

5. Il percorso terapeutico: la fase intermedia

I passaggi sopra descritti sono risultati fondamentali poiché hanno permesso l'accesso ad una seconda parte del percorso terapeutico: prendendo spunto da un test che Anna aveva trovato e compilato su internet e che le aveva restituito un profilo di personalità, le è stato chiesto di descriversi proprio a partire dal risultato di tale test, individuando somiglianze e differenze con quanto lei pensava di sé. Questo è stato un modo per indagare la sua teoria identitaria e comprendere come Anna si descrivesse con particolare sofferenza come poco autonoma rispetto alle sue coetanee, mentre *"io sono spesso a casa, con i miei genitori, senza essermi costruita niente di mio, al di fuori della mia famiglia"*.

Sembrava essere giunto il momento di lavorare su altri obiettivi con Anna; iniziare a percorrere nuovi itinerari che la potessero portare a sperimentare una maggiore autonomia rispetto alla sua famiglia d'origine, a non concludere tutta la sua esperienza tra le mura domestiche e percepirsi come altro rispetto al suo ruolo di pazza e malata, diventa il nuovo obiettivo. Il peso della vita familiare e dei rapporti con la madre, in particolare, continuavano ad accompagnare Anna, ma il piano di intervento si focalizzava ora innanzitutto sul lavorare con lei affinché potesse trovare altri sguardi in cui rispecchiarsi, altre immagini di sé che potessero essere maggiormente funzionali al suo benessere e che potessero ampliare il suo bagaglio di auto-rappresentazioni.

È in questo momento che è stato condiviso con Anna un secondo importante obiettivo da lei definito come "*avere una vita sociale soddisfacente*". In tal senso, è emerso che si descriveva come una persona con scarsa intelligenza relazionale e il timore era che questa sua teoria la potesse portare a lasciare le due realtà che autonomamente ha cominciato a frequentare (la palestra per un corso di aerobica e un'associazione di persone che si ritrovano per condividere la passione dei giochi in scatola), qualora si fossero evidenziate alcune difficoltà, mentre potevano essere un importante primo passo per sperimentare un'autonomia rispetto al contesto familiare. Attraverso la "prescrizione dell'antropologo" (Nardone, 1990) ad Anna viene dato il compito di osservare, ogni volta ne aveva l'occasione, come si comportano coloro che, secondo lei, hanno una buona intelligenza relazionale; ciò ha costretto Anna ad uscire di casa per svolgere il compito e ad osservare attentamente come gli altri si relazionavano. La volta successiva Anna si è presentata al colloquio con una serie di annotazioni e di appunti che, una volta analizzati, hanno permesso di individuare e sintetizzare alcune indicazioni importanti da lei stessa sperimentate e messe in pratica nelle settimane successive.

I cambiamenti che ogni settimana Anna riportava rispetto alle sue modalità di gestire le relazioni le hanno permesso di instaurare alcune nuove relazioni tra le quali una diventa particolarmente significativa: quella con Paolo, un uomo conosciuto proprio nell'associazione di giocatori. Inizia con lui una frequentazione: Anna sembrava vivere un periodo particolarmente felice, ma ciò che la turbava era, in particolare, la sua storia passata. Anna raccontava di come lei volesse riferire a Paolo della sua recente storia di malattia, anche se non ne aveva il coraggio: temeva che nessun uomo avrebbe voluto stare assieme ad una ragazza con un passato così pesante da giustificare e tale convinzione la stava portando ad interrompere la frequentazione, nonostante fosse per lei positiva ed appagante.

Sebbene Anna avesse raggiunto importanti traguardi che essa stessa riconosceva – riuscire a controllare il suo umore e avere una vita relazionale soddisfacente – ancora la sua storia di malattia appariva come una dimensione forte e pregnante. Il lavoro terapeutico si è concentrato in questo caso su una nuova ristrutturazione che potesse permettere ad Anna di rileggere con altri occhi la sua esperienza passata, senza cristallizzarla in un'ottica solo negativa.

Le è stato proposto, quindi, un esercizio: tracciato su un foglio un grande cerchio, le è stato chiesto di disegnare lo spicchio che rappresentava la sua storia di malattia: Anna ha tracciato uno spicchio che riempiva una piccola parte del cerchio e ha notato meravigliata come lei stessa, rappresentata dal cerchio intero, non si esauriva nello

spicchio che raffigurava la sua malattia, ma anzi si è resa conto che una buona parte rimaneva vuota. Proseguendo poi con il riempimento della parte restante, tra i vari spicchi disegnati, ne ha riempito uno con un punto di domanda, indicando, in tal modo, le esperienze e le cose nuove che avrebbero potuto presentarsi nella sua vita. Nonostante tale spicchio indicasse una speranza e una dimensione futura, Anna appariva incupita pensando a quello che nel frattempo aveva colorato di scuro, che rappresentava la sua malattia. Il colloquio è proseguito quindi con una riflessione su che cosa tale parte avesse contribuito a portare nella sua vita, con l'obiettivo di aumentare la consapevolezza di come, seppur nel dolore e nella sofferenza, tale parte sia stata generatrice di nuove esperienze e la Anna di oggi fosse diversa rispetto alla Anna di prima. Invitata a riflettere su tali aspetti, lei stessa, dopo qualche minuto di riflessione, ha affermato: *“beh, ora che mi ci fai pensare, questa storia mi ha portato alcune cose nuove. Grazie a tale esperienza ho potuto fare esperienze nuove che mi hanno fatto capire che so fare anche qualcosa di diverso da quello che facevo prima: ho creato relazioni con persone nuove, ne ho riscoperte altre, mi sono iscritta ad una associazione e ho imparato un sacco di giochi nuovi, senza contare che ciò mi ha portato a conoscere e frequentare Paolo e ad intessere con lui un rapporto affettivo come non avevo mai avuto prima...!”*

Gli occhi di Anna brillavano finché ripensava a queste cose e sembrava finalmente intravedere un senso alla sua storia di malata, tanto che ha concluso dicendo: *“mah, forse questa sofferenza è servita a qualcosa!”*

Ora che un nuovo significato sembrava essere costruito, appariva necessario inserirlo all'interno di una nuova narrazione che permettesse ad Anna di dare vita ad una nuova storia, ad una nuova forma, ormai libera da etichette diagnostiche che la imprigionavano in ruoli stereotipati e che lei non sentiva più di rispecchiare.

A tale scopo il compito per la volta successiva consisteva nel trovare un'immagine che rappresentasse lei stessa a gennaio, quando abbiamo cominciato i nostri incontri, e ora, a inizio estate, perseguendo l'obiettivo di consentirle di riflettere sul percorso di cambiamento avvenuto in quei mesi.

6. Il percorso terapeutico: ultimi incontri

Il contributo portato da Anna al colloquio successivo consisteva in un piccolo foglio diviso a metà in cui ella stessa aveva rappresentato alcuni simboli che richiamavano un importante significato per lei. Tutto il colloquio è stato condotto facendo raccontare ad Anna il significato di ciò che lei aveva disegnato e mettendo in luce le importanti differenze tra il prima ed il dopo, così da far risaltare gli importanti cambiamenti avvenuti nel tempo.

Il presupposto fondamentale dell'interazionismo, secondo cui la persona è attiva nel creare la propria realtà, comporta anche la necessità di attribuire i cambiamenti intercorsi alla propria azione e a se stessi, in modo tale che la persona riesca a costruire una propria trama di senso in cui integrare tali cambiamenti.

Gli aspetti raccontati da Anna sono stati ulteriormente elaborati, affinché diventassero per lei sempre più reali; inoltre fu importante far comprendere come tale cambiamento venisse visto dagli altri significativi, dato che le identità sono sempre frutto di una

interazione con i significati che anche gli altri veicolano, mai avulse dal contesto e dalle relazioni in cui affiorano.

Il percorso terapeutico è quindi giunto ad un momento importante: Anna è ora una ragazza consapevole di alcuni suoi modi di pensare e agire che, a volte, le complicano la vita, ma allo stesso tempo è capace di non lasciarsi intimidire dal "brutto tempo" e di trovare strategie che la possano far star meglio. Anna riconosce le fatiche che ha fatto per stare meglio e vivere più serenamente e si impegna attivamente per confermarle ogni giorno; riconosce, inoltre, che le relazioni sociali possono essere difficili, ma possono regalare tante soddisfazioni e che il mondo fuori di casa offre diverse esperienze che non per forza devono essere così spaventose.

Nonostante il ricordo delle esperienze passate negative che ancora pesano, Anna ora si dimostra più consapevole delle sue capacità e le relazioni interpersonali, che prima erano fonte di stress e angoscia, non la spaventano più. Afferma infatti: *"la cosa più importante che ho fatto mia in questi mesi è la certezza che il mondo, fuori, non fa paura come io temevo!"*

Questa è una frase importante per concludere l'analisi della situazione di Anna. Così come assume l'interazionismo, infatti, le relazioni con gli altri possono permettere ad Anna di fare propri altri sguardi che la descrivono e nei quali si possa riconoscere, altri abiti che può indossare, altre forme in cui può trasformarsi, altre possibilità di essere, al di là dei ruoli rigidamente definiti che le consentivano pochi spazi di libertà.

7. Riflessioni conclusive

La storia di Anna è una storia rappresentativa poiché descrive come l'utilizzo di etichette diagnostiche, a cui poi vengono riferite in modo tautologico le cause dei comportamenti umani, finisca per vincolare i comportamenti, i pensieri e le autorappresentazioni di coloro ai quali tali etichette vengono applicate.

Attraverso un processo di stigmatizzazione, Anna aveva limitato le proprie possibilità di movimento, finendo sempre più per definirsi e per essere definita all'interno del "ruolo psichiatrico". Come scrive Borgna (2013, p.11), "una diagnosi sbagliata in psichiatria (...) non si cancella più dalla storia della vita di un paziente: divorata dal potere implacabile, e non ancora sconfitto, chi sa quando lo sarà, dallo stigma". Era questa una delle più grandi paure di Anna, ossia il dover convivere con un'etichetta che la incasellava all'interno di una categoria diagnostica alla quale sentiva di non appartenere, che limitava le sue possibilità di vedere altro, oltre che di essere vista in altro modo.

In questo caso l'esperienza della malattia era diventata totalizzante e l'obiettivo della psicoterapia, ovvero di ampliare i possibili modi di essere rendendoli più adattivi, ha permesso di decostruire la portata negativa dell'etichetta diagnostica, consentendo ad Anna di ampliare il ventaglio delle sue rappresentazioni identitarie.

Il modello interazionista, nel porre la sua attenzione sulla persona come soggetto attivo, guidato da scopi e intenzioni all'interno di situazioni e contesti regolati da norme socialmente condivise, si è dimostrato efficace per accompagnare Anna nel trovare nuove e più funzionali identità che le consentissero di affermare una sua nuova forma, senza per forza identificarsi nelle opzioni che sentiva imposte dagli altri e che ricalcavano la sua diagnosi psichiatrica. Quest'ultima, infatti, precludeva ogni possibilità di essere

altro e qualsiasi comportamento agito in risposta – sia di accettazione che di ribellione – veniva interpretato a conferma della sua storia di malattia.

Il modello interazionista, abbandonando l'uso delle categorie nosologiche e le prassi d'intervento radicate nel modello medico/meccanicistico, sembra essere più adeguato per comprendere e per trattare le umane affezioni. Lo psicologo interazionista ha il compito, in tal modo, di accompagnare la persona a modificare i processi disfunzionali con i quali organizza la sua realtà, sviluppando la consapevolezza che ognuno agisce a seconda dei contesti, delle fasi di vita e dei "palcoscenici relazionali" che frequenta: l'intervento è quindi volto ad ampliare le rappresentazioni di sé e le narrazioni identitarie dell'interlocutore.

Riportato da Szasz (2009), un proverbio afferma che "chi concentra l'attenzione sull'albero perde di vista la foresta": penso sia un sunto esplicativo di quello che è stato perseguito nel lavoro clinico descritto. Anna è stata guidata a vedere non solo l'albero (la sua esperienza di depressione che tutti vedevano e che lei stessa viveva), ma anche l'insieme delle tante Anne che costituiscono la foresta. Possibilità di essere che non trovavano spazio nella sua vita ma che ora possono fiorire.

Riferimenti bibliografici

- Armezzani, M. (2011). La prospettiva costruttivista e interazionista. In A. Salvini & M. Dondoni (eds.), *Psicologia clinica dell'interazione e psicoterapia*, Giunti, Firenze.
- Battistella, E. & Iudici, A. (2015). "Io non sono cattiva, è che mi disegnano così" Storia di un paziente psichiatrico mancato. *Scienze dell'interazione, Rivista di psicologia clinica e psicoterapia*, vol. 1/2, 49-62.
- Berger, P.L. & Luckmann, T. (1966). *La realtà come costruzione sociale*, Il Mulino, Bologna, 1969.
- Blumer, H. (1969). *La metodologia dell'interazionismo simbolico*. A cura di R. Rauty, Armando Editore, Roma, 2006.
- Borgna, E. (2013). La diagnosi come problema relazionale in psichiatria. *Scienze dell'interazione. Rivista di psicologia clinica e psicoterapia*, vol. 1/2, 6-13.
- Boscaro, D. (2013). Emozioni e psicoterapia: oltre i vincoli del Naturalismo e del Razionalismo. *Scienze dell'interazione, Rivista di psicologia clinica e psicoterapia*, vol. 1/2, 66-80.
- Brazzoli, G. & Albano, V. (2013). Resoconti clinici: uno studio su trentacinque tesi di specializzazione in psicoterapia. *Scienze dell'interazione, Rivista di psicologia clinica e psicoterapia*, vol. 1/2, 93-113.
- Goffman, E. (1959). *La vita quotidiana come rappresentazione*, Società editrice Il Mulino, Bologna, 1969.
- Laing, R.D. (1974). *Nodi*, Giulio Einaudi Editore, Torino.
- Le Breton, D. (1995). *Antropologia del dolore*. A cura di R. Capovin, Meltemi, Roma 2007.
- Migone, P. (2013). La diagnosi descrittiva in psichiatria: luci e ombre. *Scienze dell'interazione. Rivista di psicologia clinica e psicoterapia*, vol. 1/2, 14-39.
- Nardone, G. (1993). *Paura, Panico, Fobie. La terapia in tempi brevi*, Ponte alle Grazie, Firenze.

- Nardone, G. & Salvini, A. (2004). *Il dialogo strategico*, Ponte alle Grazie, Firenze.
- Nardone, G. & Salvini, A. (2013). *Dizionario internazionale di psicoterapia*, Garzanti libri s.p.a., Milano.
- Nardone, G. & Watzlawick, P. (1990). *L'arte del cambiamento*, Ponte alle Grazie, Firenze.
- Romaioli, D. (2013). *La terapia multi-being. Una prospettiva relazionale in psicoterapia*, a Taos Institute Publication.
- Romaioli, D. (2010). Paradigmi interazionisti e ricerca psicosociale: premesse conoscitive e criteri metodologici. *Scienze dell'interazione. Rivista di psicologia clinica e psicoterapia*, 2(1), 38-45.
- Romaioli, D. (2011). Sui giochi linguistici (note a piè di pagina per scritti non citati). *Scienze dell'interazione. Rivista di psicologia clinica e psicoterapia*, vol. 3, 90-96.
- Salvini, A. (2002). Una nota sul concetto di interazione. In A. Salvini & N. Galieno (eds.), *Diversità, devianze e terapie*, UPSEL Domeneghini, Padova.
- Salvini, A. (2004). *Psicologia clinica*, UPSEL Domeneghini, Padova.
- Salvini, A. (2011). L'interazione semiotica in psicologia clinica. In A. Salvini & M. Dondoni (eds.), *Psicologia clinica dell'interazione e psicoterapia*, Giunti, Firenze.
- Szasz, T. (2009). *"La mia follia mi ha salvato". La follia e il matrimonio di Virginia Woolf*, Spirali s.r.l., Milano.
- Watzlawick, P., Weakland, J. & Fisch, R. (1974). *Change. Sulla formazione e la soluzione dei problemi*, Casa Editrice Astrolabio, Ubaldini Editore, Roma
- White, M. (1992). *La terapia come narrazione. Proposte cliniche*, Casa Editrice Astrolabio, Ubaldini Editore, Roma.
- Zanon, S. (2014). "Se è una mia struttura, come posso guarire?" Il potere della metafora nella psicoterapia interazionista. *Scienze dell'interazione., Rivista di psicologia clinica e psicoterapia*, vol. 1/2, 46-54.