

Capitolo 6

Rappresentazione del dramma familiare e rito terapeutico

Come far agire i sintomi

Abbiamo detto in più occasioni (Andolfi, Angelo e altri, 1982; Andolfi e Angelo, 1985b) che la rigidità del sistema familiare può essere valutata in base alla *ripetitività* di quei modelli di interazione che permettono a ciascun componente di "giocare a occhi chiusi" la parte assegnata.

Tanto più prevedibile e ripetitivo sarà il copione familiare, tanto più stabile e coeso sarà il sistema, almeno fino alla comparsa di una nuova crisi evolutiva. Tale crisi potrà corrispondere a un evento reale (una morte, una separazione, una nascita, un pensionamento ecc.) o ancor più spesso potrà verificarsi per la preoccupazione legata al possibile accadimento di un evento temuto.¹

In entrambi i casi si assiste a uno sforzo collettivo di mantenimento dello *status quo* e a un'accresciuta funzione di sostegno del paziente designato, verso cui sembrano convergere ancora maggiormente le linee di tensione dell'intero gruppo. Si raggiunge così una sorta di *iperstabilità*, che fa intravedere linee di incrinatura proprio nel tentativo di evitare che qualcosa si sfaldi nella rigida impalcatura di ruoli e funzioni familiari.

¹ Nella nostra esperienza abbiamo constatato che la fantasia anticipatoria di patologie, morti e separazioni non ancora reali o del tutto improbabili può scatenare angosce devastanti e arroccamenti funzionali rigidi che riescono a sciogliersi proprio di fronte a eventi traumatici. In questi casi sembra che il gruppo familiare riacquisti la percezione di un tempo che si evolve e di funzioni interpersonali ugualmente mobili.

La presenza, allora, di un paziente cronico o comunque lungamente problematico in una famiglia può diventare un elemento assai critico di stabilità-instabilità, dato che forti tensioni si agitano all'interno di una struttura congelata solo in superficie.

Obiettivo terapeutico prioritario diventa quindi rompere la rigidità di modelli d'interazione stereotipati e consolidati nel tempo per raggiungere i livelli di conflittualità interpersonale sommersi e insieme temuti dalla famiglia; soprattutto ci sembra importante dare rilievo al *momento evolutivo* in cui si innesca la richiesta di terapia da parte della famiglia (o di altre strutture sociali, quali la scuola, le istituzioni di cura ecc.). A volte trascorrono anni prima che la famiglia "si decida" a chiedere aiuto. Ci sembra corretto supporre che tale "ritardo" non sia legato a pigrizia o disinteresse, bensì al *momento critico* in cui la famiglia può tollerare che un agente esterno — il terapeuta — entri in contatto con le sue parti nevralgiche, a patto che sia in grado di farne cadere la muraglia difensiva. Pertanto il "come" entrare in contatto con queste parti vitali della famiglia è un problema decisamente complesso ed è insieme base elementare per dare inizio a un rapporto terapeutico.

L'esperienza ci ha insegnato che *per rompere è necessario non interrompere*, ovvero che è da bandire ogni tentativo di spezzare apertamente la rigidità ostentata dalla famiglia, in quanto scarsamente fruttuoso e per giunta sbagliato sul piano metodologico.

In un certo senso, ci siamo proposti come "guardiani" della rigidità presentata dal sistema proprio per permettere a quest'ultimo di sperimentarsi come più flessibile (Andolfi, Angelo e altri, 1982). Anziché rompere la rigidità ci sembra più efficace *dirigerla*: conoscerla, adottare il linguaggio metaforico della famiglia e cercare successivamente di amplificarla attraverso la drammatizzazione in seduta, così da mettere a fuoco elementi verbali e analogici di particolare rilevanza. "Seguire il fiume", anziché opporci al suo decorso, per poi modificarne il letto, per usare l'analogia di Erickson (Haley, 1973, p. 15).

Il *fateci vedere* diventa per noi terapeuti la strategia migliore per aggirare eventuali resistenze ed entrare in contatto con l'organizzazione familiare. Vedere e scomporre alcuni dei livelli di complessità presentati da essa rende più facile costruire ipotesi che servano come un primo canovaccio in base al quale rappresentare in seduta immagini a forte risonanza emotiva per il gruppo.

Un esempio assai indicativo di questo modo di procedere e dei mutamenti concettuali verificatisi negli ultimi anni è quello delle "sedute-pranzo" con famiglie che presentano una paziente anoressica. Fino a qualche anno fa ci servivamo della seduta-pranzo per facilitare l'alimentazione dell'anoressica, utilizzando il contesto alimentare come occasione per sdrammatizzare la situazione o perlomeno per ridare ai genitori una qualche autorevolezza sul comportamento negativista della paziente.

Dobbiamo aggiungere che spesso riuscivamo nell'intento e che alla fine della seduta ci rallegravamo con i nostri colleghi e studenti (che osservavamo dietro lo specchio), perché l'anoressica aveva mangiato! In realtà questo risultato, pur eclatante sul piano comportamentale, finiva per darci una visione assai riduttiva e fortemente semplificata del problema e per indurci a diventare soprattutto agenti e testimoni del cambiamento comportamentale della paziente, separandolo dalla comprensione dello sviluppo storico ed evolutivo della famiglia.

Liberatici da questo entusiasmo giovanile, abbiamo dunque cercato di spostarci in direzione opposta. Piuttosto che favorire visibilmente la remissione del comportamento sintomatico in seduta, abbiamo preferito sostenerlo e rappresentarlo come perno intorno a cui ruotano tutti gli altri personaggi.

Se un'anoressica mangia solamente un cucchiaino di riso a casa, invece di preoccuparci che ne mangi un piatto intero in seduta, cerchiamo di "entrare" noi stessi in quel cucchiaino di riso, fino a scomporlo in tanti chicchi e osservare come la paziente li ingerisce uno dopo l'altro, per poi legare questa modalità alimentare a quella degli altri familiari. Non è il cibo in sé a darci molte informazioni sul dramma di quella famiglia; semmai è il rapporto tra le modalità alimentari dell'anoressica e quelle degli altri a permettere un primo salto di livello: dal rifiuto di uno alla rete interattiva della famiglia.

Successivamente il chicco di riso dovrà uscire dall'apparato digerente dell'anoressica e divenire una sorta di oggetto metaforico che permetta di esplorare altre aree di rifiuto o di violenza interpersonale; la paziente di per sé rappresenta soltanto un elemento di *condensazione* di tensioni interpersonali negate o sommerse. Drammatizzare in seduta alcuni aspetti del cerimoniale del pranzo, ritualizzando quelle parti che ci sembrano più cariche di tensione e mutandone poi i significati, diventa un ele-

mento di novità e di sfida alla stabilità della famiglia. Questa, d'altronde, difficilmente potrà rifiutarsi di rappresentare ciò che può aiutarci ad aiutarla.

L'invenzione del rituale

Una volta che ci si sposta dal piano discorsivo a quello rappresentativo anche le parti e i ruoli apparentemente noiosi e ripetitivi diventano vibranti ed esplosivi come se acquistassero vita nell'essere agiti in seduta.

Proviamo a immaginare la differenza tra l'affermazione sconsolata "sono diventata lo stuoino di mio figlio" e la sua rappresentazione in seduta.

Parlare per immagini è estremamente comune nel linguaggio della famiglia: sta a noi coglierle e trasformarle in azioni sceniche; ad esempio, dare corpo in seduta all'immagine dello stuoino costringe la madre da un lato, il figlio e gli altri familiari dall'altro, a uno sforzo creativo e vitale che renda al meglio il significato emotivo di quell'affermazione. L'aspetto talora ridicolo o almeno comico di certe richieste (come dare vita allo stuoino) introduce un elemento di gioco e di imprevisto che favorisce la caduta di eventuali resistenze e soprattutto alimenta una *curiosità* insolita tra persone legate più alla noia di schemi fissi e ripetitivi che al piacere di inventare nuovi modi di essere.

Lo stuoino diventa punto nodale più rilevante quanto più riesce a mettere in evidenza alcuni modelli di interazione di quella specifica famiglia. Inizialmente riferito alla relazione madre-figlio, può, nella costruzione della realtà terapeutica, allargarsi ad altri rapporti, in altri momenti evolutivi della famiglia.

Si può così esplorare il *fare da stuoino* in altre dimensioni, orizzontali (coniugali) o verticali (in relazione ai propri genitori). Si può infine prescrivere alla madre di portare in seduta uno *stuoino vero*, quello che più risponde alle sensazioni che ci sta riferendo. Se si vuole invece attivare l'altra parte della complementarità, si può chiedere al figlio di scegliere e di portare in seduta quello stuoino che più assomiglia alla madre, nell'atto di essere calpestato. O si può attivare un terzo, il padre o un fratello, nella ricerca dello stuoino che meglio si adatti a esprimere la relazione tra i primi due.

Il tipo di stuoino diventa così sinonimo del tipo di relazione.

La prescrizione di portare degli oggetti in seduta rappresenta un modo assai efficace per *ritualizzare* quanto vi viene agito. "Il rituale familiare — affermano Selvini Palazzoli, Boscolo e altri (1975, p. 107) — proprio in quanto si propone sul piano dell'azione è assai più prossimo al codice analogico che non a quello digitale." Così prescrivere a una madre di *a)* cercare lo stuoino che più si addice al suo rapporto col figlio; *b)* portarlo in seduta per osservarne tutti insieme la somiglianza così da comprendere meglio il suo disagio, assume un carattere rituale che fornisce una "solennità" a un'operazione senz'altro complessa e decisamente criptica.

È proprio l'aspetto apparentemente incomprensibile di una richiesta del genere che, associato al carattere di formalità solenne della stessa, apre un'area di ambiguità tra reale e finzione, tra concreto e metaforico, che costringe la famiglia ad agire. Ma si tratta di un agire carico di interrogativi sul significato dei propri e degli altrui comportamenti e sulla motivazione di ciascuno alla terapia, come occasione di cambiamento. Così, non appena lo stuoino farà la sua comparsa in seduta, sarà importante investirlo di un carattere di "sacralità", quasi alla stregua di un paramento religioso.

La cornice psicologica dell'atto rituale deve comunicare "che ciò che essa include è un'azione rappresentativa o una 'finzione', cioè un'azione che non sta sullo stesso piano ontologico di ciò che essa rappresenta o di ciò cui è opposta" (Valeri, 1981, p. 238).

Consistenza, colore, grandezza, qualità dello stuoino saranno caratteristiche da esplorare con cura nel corso della seduta, come pure dovremo osservare i differenti modi di porsi di ciascuno rispetto a questo oggetto nuovo, carico di significati.

Si potrà poi indagare come ciascuno usa lo stuoino, così da cogliere differenze e somiglianze. Alcuni potranno camminarci come si fa su un tappeto persiano, altri potranno calpestarlo con meno dignità o rifiutarsi di salirci sopra.

Questa serie di azioni rituali serviranno a far emergere significati e allegorie importanti che potranno ribadire schemi già noti o cogliere aspetti impreveduti di legami emotivi tra i membri della famiglia. Ma l'obiettivo principale del rituale, sia esso sotto forma di prescrizione isolata o di drammatizzazioni ripetute in seduta, sarà quello di visualizzare il sistema mitologico della fa-

miglia e di permetterne l'evoluzione. Ciò spiega perché immagini visive a così alto contenuto emotivo possano *scolpirsi* nella mente di ciascuno e avere un tempo di persistenza e di riverberazione assai lungo.²

Per ribadire l'efficacia terapeutica e la persistenza negli anni di azioni ritualizzate riporteremo un breve flash di una terapia che risale a più di dieci anni fa. Una volta in seduta un importante e sensibile professore universitario affetto da tempo da tossicomania si descrisse con disprezzo di fronte alla moglie e ai terapeuti come *un verme*. Gli venne prescritto di portare un verme in seduta, perché "non risultava chiara la somiglianza". Tornò in seduta tenendo religiosamente tra le mani una bottiglietta di vetro, al cui interno si muovevano due piccoli vermicelli (presi con cura dalla moglie nel giardino di casa!). A distanza di anni è ancora vivida l'immagine di quest'uomo, moralmente e fisicamente distrutto, che, dietro nostra richiesta, nel silenzio generale, impiegò un tempo lunghissimo per collocare la bottiglietta dei vermi alla distanza più appropriata da lui per esprimere il suo sentirsi *come* un verme. Il "come" espresso dalla distanza tra lui e il verme, così accuratamente e faticosamente misurata, diveniva uno *spazio di speranza* per lui e per la moglie; il che gli permise, al termine, di scoppiare in un pianto diretto e liberatorio. Per molti mesi ancora invitammo in seduta i due vermicelli, che riteniamo siano stati dei bravissimi quanto involontari "coterapeuti".

Polarità opposte in azione

Per lungo tempo abbiamo fatto ricorso alla prescrizione soprattutto come strumento per favorire una remissione sintomatologica e un possibile mutamento delle regole familiari: in precedenti lavori (Andolfi e Menghi, 1976, 1977; Andolfi, 1977, 1980) è stata fornita una classificazione assai dettagliata di prescrizioni (ristrutturanti, paradossali e metaforiche) da usare in circostanze diverse, con obiettivi differenziati.

In realtà sentivamo che questa strategia prescrittiva era un modo efficace per mantenere una chiara direttività in seduta e

² Parleremo in modo più approfondito dei tempi terapeutici nel capitolo 7, relativo alla conclusione della terapia.

per far sentire la nostra presenza terapeutica negli intervalli tra le sedute (soprattutto quando erano di alcune settimane), magari per avere un riscontro sulla "diligenza" della famiglia nell'eseguire le prescrizioni; o, altre volte, quando non ci fidavamo della sua disponibilità terapeutica, per sfidarla sul suo stesso territorio — di resistenza al cambiamento — tramite ingiunzioni paradossali, come peraltro è abbondantemente descritto nella letteratura (Watzlawick e Fisch, 1974; Selvini Palazzoli, Boscolo e altri, 1975; Haley, 1976; Madanes, 1981; Weeks e L'Abate, 1982).

Oggi la nostra modalità prescrittiva ci appare sostanzialmente mutata: ci verrebbe meno naturale prescrivere alla madre (quella dello stuoino, per intenderci) di essere più assertiva con il figlio, suggerendole apertamente come comportarsi con lui; oppure includere il marito nella prescrizione, spingendolo a fornire il suo aiuto alla moglie nell'esercitare una maggiore autorevolezza con il figlio (il che, semplificando, poteva rientrare in un tipo di prescrizione ristrutturante). Né ci verrebbe così automatico ricorrere a un'ingiunzione paradossale, nel caso si ostinasse nella sua incapacità a farsi valere, prescrivendole qualche comportamento che la faccia sentire ancora di più come uno stuoino, con lo scopo implicito di suscitare una reazione di segno contrario. Così pure non saremmo particolarmente soddisfatti per il solo fatto che l'anoressica mangi normalmente di fronte a noi, una volta prescritta una seduta alimentare.

Ci sembra cioè di esserci spostati di livello: da un piano comportamentale, di risoluzione del sintomo, l'azione in terapia come negli intervalli tra le sedute diventa un mezzo creativo per andare a scoprire conflittualità nascoste e profonde, di cui il sintomo del paziente designato rappresenta solo un punto di riferimento. Non ci interessa allora tanto che la madre *non si senta più* come uno stuoino o il professore come un verme; semmai ci interessa il contrario, che sia l'uno che l'altro *ci si sentano realmente* — "stuoino" e "verme" — ma in modo diverso, nel corso della terapia; ovvero che il grado di inadeguatezza e di rinuncia della prima come il senso di disprezzo di sé del secondo diventino così *tangibili e circoscritti* da essere accolti e riconosciuti, senza ricorrere a quei meccanismi protettivi che, nel tempo, sono diventati predominanti, impedendo il recupero di parti complementari di adeguatezza e di stima.

Alla complementarità rigida e stereotipata di chi fa da stuoino e di chi lo usa, di chi si sente tutto verme e di chi tutto perfetto, potrà sostituirsi una *ricerca mentale* più complessa. In effetti "stuoino" e "verme" sono immagini statiche di una relazione che è venuta a qualificarsi in tal modo attraverso una serie di azioni ripetute nel tempo. Il gioco delle persone in esse coinvolte ha creato per ciascuno una sorta di etichetta che sta a rappresentarlo. Ma queste etichette, anziché rimanere attributi solo personali, possono allora essere considerate come oggetti mobili, da utilizzare come un "terzo elemento" della relazione, col quale confrontarsi. Esso può essere inserito di volta in volta in configurazioni differenti (sia in una dimensione orizzontale-coniugale che in una verticale-trigenerazionale), caricandosi di significati sempre diversi.

Ciò forse permetterà di *ricomporre gli elementi di contraddizione così essenziali in ciascun individuo*, le cui parti vengono invece suddivise tra più interlocutori.

Lo stuoino, il verme, il chicco di riso diventano in seduta immagini concrete a forte risonanza emotiva, intorno alle quali viene costruito una sorta di rituale simbolico per ogni specifica famiglia;³ relazioni, sentimenti, conflitti, cambiamenti, possono essere rappresentati simultaneamente, partendo da oggetti banali o comuni,⁴ non appena vengano "caricati" di significati relazionali.

Altre volte usiamo alla stregua di oggetti le persone stesse: il loro corpo, particolari gesti e movimenti, sono utilizzati per ricreare simbolicamente nello spazio stati d'animo e rapporti emotivi, attraverso una rappresentazione tridimensionale di alcune modalità di rapporto tra i membri della famiglia.

Abbiamo attinto nel nostro lavoro a tecniche proprie della "scultura della famiglia", per visualizzare e *fissare nello spazio terapeutico* alcune immagini particolarmente drammatiche (Duhl, Kantor e Duhl, 1973; Papp, Silverstein e Carter, 1973; Andolfi, 1977). In realtà non ci interessa tanto vedere l'insieme familiare, quanto "fotografare" alcuni particolari, alcune sequenze di rap-

³"L'invenzione di un rituale — affermano Selvini Palazzoli, Boscolo e altri (1975, p. 107) — richiede sempre ai terapeuti un grande sforzo", in quanto ogni rituale deve "essere rigorosamente specifico, peculiare per una data famiglia."

⁴Non intendiamo qui riprendere il discorso sull'uso dell'oggetto metaforico, ma vorremmo soffermarci di più sull'oggetto rituale e prescrittivo.

porto, che vogliamo poi ingrandire e ritualizzare nel corso della terapia.

Ad esempio, possiamo mettere a fuoco e ingrandire il modo in cui le mani di un padre e di un figlio si accostano fino a sfiorarsi, per poi ritrarsi impaurite al primo contatto fisico. Oppure possiamo visualizzare il fantasma di un genitore deceduto e osservarne l'estrema "vitalità" all'interno di una coppia in crisi. In tutte queste operazioni, qualunque sia il tramite (oggetti o persone), cerchiamo di creare una cornice rituale che possa favorire una partecipazione e una riflessione collettiva, proprio nel momento in cui viene destrutturato e ristrutturato il quotidiano.

L'efficacia del rito in terapia ci sembra legata al fatto che esso non conduce a un codice apprendibile una volta per tutte, ma rappresenta uno stimolo costante e un potenziale apportatore di informazione nuova. Esso diventa uno strumento per ridare un senso al mondo personale dell'individuo, spesso parcellizzato nell'esperienza familiare. "Poiché stimola le tendenze proiettive, gioca con le aspettative, i paradossi, i punti oscuri dell'esperienza, il rito tende a mettere in evidenza sia ciò che è contraddittorio o senza un senso chiaro nell'esperienza *esterna* (della società e della natura), sia ciò che è problematico e oscuro nell'esperienza *interna* dei soggetti" (Valeri, 1981, p. 230).

Il rito del trono

Lea Grillo è una signora sulla cinquantina, ancora piacente, alta e signorile, benché non snella, che soffre da più di vent'anni di depressione. Per quasi metà della sua vita è stata in cura presso un numero inverosimile di neurologi e psichiatri, sperimentando antidepressivi e ansiolitici di tutti i generi fino a diventare una grave farmacodipendente.

Questo è il suo primo tentativo di terapia familiare, anche se va detto che il marito Mauro e i due figli, Giacomo (di ventotto anni, recentemente sposato e uscito di casa) e Luigi (di ventiquattro), sono stati ampiamente coinvolti nelle sue terapie farmacologiche.

Benché la motivazione alla terapia sia lo stato depressivo di Lea, in realtà fin dalle prime battute è evidente che la carriera farmacologica della signora e la sua conoscenza "professionale" di farmaci e metodi di trattamento le danno il diritto di presen-

tarsi come autorità assoluta in materia, nei confronti sia dei familiari che dei terapeuti.

La sua invadenza, tanto verbale quanto analogica, ben si armonizza con un atteggiamento rinunciatario del marito, che se ne sta in disparte, immobile, con gli occhi assenti e l'aria di chi "non c'è". I figli, alti e imponenti, sembrano due grossi cani da guardia, al servizio della madre.

I primi tentativi del terapeuta di attivare in qualche modo i maschi della famiglia sortiscono un effetto disastroso. Qualunque cosa essi affermino, e ciò è già di per sé estremamente faticoso, offre a Lea l'occasione per ribattere e, ovviamente, rettificare il tutto. La sequenza termina immancabilmente con il marito ancora più assente e i figli più "accucciati" ai lati della madre. L'invadenza di Lea e la condizione di sudditanza recitata dagli altri tre si ripetono con una complementarità armonica, senza intoppi né pause: la musica è sempre la stessa, la nota centrale è la malattia di Lea, che *deve* rimanere il tema su cui ruota la vita di relazione della famiglia. Lea parla della sua sofferenza, piange di tanto in tanto ricordando le fasi della sua depressione, ma con il tono più di una recitazione drammatica che di un reale vissuto di malattia. La depressione sembra più un vestito logoro che Lea ha indossato per anni e non può più togliersi di dosso: in realtà nasconde la depressione *vera*, la depressione di una donna viva e attenta per gli altri, inerme e sconosciuta per sé stessa. I maschi della famiglia devono presentarsi come persone vuote e senza relazioni tra loro, che assumono una parvenza d'identità solo nel ruolo di infermieri-sudditi di Lea.

Nei primi incontri, questa è la modalità con cui la famiglia si presenta in terapia. Opporci a questa rigidità, con parti così ben collaudate, ci sembra un errore che potrebbe farci finire rapidamente nella lista dei professionisti, tanto importanti quanto impotenti, incontrati da Lea nell'arco di vent'anni. Altrettanto errato sarebbe tirare le somme ora e formulare una diagnosi di intrattabilità del caso più sulla base del curriculum medico che di informazioni significative sul mondo relazionale ed evolutivo di questa famiglia.

Il problema che si pone al terapeuta in questa fase è come costruire una strategia terapeutica che utilizzi il copione familiare, accentuando le parti recitate da ciascuno fino a farle risaltare come immagini distinte e cariche di significato affettivo.

Il trono di farmaci (siamo nel corso della terza seduta).

TERAPEUTA (*rientra, spalancando la porta, con una poltrona di velluto blu, con lo schienale molto alto e i braccioli assai imponenti; rivolto alla madre*): Abbiamo trovato una sedia degna di lei, un vero e proprio trono. (*ai figli*): Volete venire voi due, "valletti", a prendere il trono e a sistemarlo al centro della stanza?

PADRE (*con sorpresa*): È un trono!

T.: Sì, sembra proprio un trono.

FIGLI: Qui va bene?

T. (*rivolto alla madre, ferma in piedi tra l'incredulo e l'infastidito*): Signora, questo trono esprime molto di più, per me...

MADRE (*secca*): Cosa esprime?

T.: La sua situazione, molto più di quella sediolina traballante (*indicando la sedia su cui la signora era stata seduta fino ad allora*).

M.: Per me, proprio no.

T.: Lo so, signora, ma non appena si sarà seduta sul trono, potremo capire... Voi (*rivolto ai figli*) riprendete pure le vostre posizioni, qui per terra, ai piedi del trono; non credo possiate abbandonarle facilmente.

M. (*sedendosi con solennità sul trono*): Se lei mi dice di mettermi qui, io mi ci metto, ma non mi ci sento proprio (*ride compiaciuta*).

P.: E io dove sono?

T.: Lei, mi dispiace, sta in una posizione diversa, più distante, sempre per terra, ma dalla parte di sotto.

P.: Sottoterra? E come mi ci metto?

T.: Sono almeno vent'anni che ci si sente, non dovrebbe essere poi così difficile trovare la posizione giusta qui in seduta.

L'idea del trono e la sua comparsa in seduta producono una frattura brusca nell'andamento della terapia e tendono a introdurre un elemento di crisi nel sistema terapeutico.

L'exasperazione dei rapporti spaziali tra i membri della famiglia (Lea in posizione regale sul trono, i figli-sudditi ai suoi piedi, il marito lontano e sottoterra) e tra questi e il terapeuta (quest'ultimo è in posizione eretta e cammina su e giù per la stanza) permetterà al terapeuta di dirigere meglio il copione familiare e di introdurre nessi e interrogativi che finiranno per trasformare il significato finora attribuito ai singoli ruoli.

Ponendo Lea sul trono, si comunica di fatto alla famiglia che in terapia chi assegna le parti è il terapeuta; inoltre si comincia a

privare la paziente di quel controllo totale che le impedisce di entrare in contatto con la sua depressione e che blocca ogni scambio diretto tra padre e figli.

Nel corso della seduta il trono diventerà un *trono di farmaci*, che sale sempre più in alto: Lea, di conseguenza, può essere regale solo nella sua condizione di malata cronica. Se si togliessero i farmaci sotto al trono, verrebbe a cadere il sostegno che la mantiene così regale e così in alto: se il trono si rompe, lei forse non saprebbe neppure se è nata, se è una figlia, una moglie, una madre... Quindi rimanere sul trono è l'unico modo per "vivere".

Il marito, se riemergesse da sottoterra, forse si accorgerebbe che *ha sposato* due persone: *Lea e il trono*, e che magari è difficile scegliere ora da chi dei due separarsi. I figli non sanno immaginare *una madre senza trono* e la loro vita lontano dal trono.

Attraverso questo lavoro di costruzione di nessi e di significati relazionali il terapeuta introduce con forza l'immagine del trono nel mondo dei valori familiari. Tale immagine diventa uno stimolo persistente e perturbante, carico di interrogativi per tutti; è un'immagine che sarà difficile rifiutare, perché è diventata in seduta concreta e tangibile: essa agirà come un "tarlo" che si insinua negli schemi mentali di ciascuno.

Per dare più intensità alla costruzione del trono è utile ritualizzare anche a casa quanto agito in seduta. Lea dovrà farsi allestire dai suoi tre uomini una sedia-trono anche a casa, così da sperimentare, quando ci si siede, quanto è difficile la sua posizione.

Il trono di papà.

Tre mesi dopo... Alla seduta partecipano anche il fratello e la sorella della paziente. Il terapeuta rientra con un aiutante che porta il "trono" e lo poggia al centro della stanza.

PADRE (*con soddisfazione*): Questo è il trono!

TERAPEUTA: Lo riconosce? (*fa accomodare poi sul trono Lea, accompagnandola per mano*).

LEA (*sedendosi*): Ma non ci vorrei più stare qui sopra, io!

T.: Eh, lo so!

L.: E invece ci devo stare per forza?

T.: Fin quando sul trono, nella mente della sua famiglia, c'è ancora suo padre... Lei da questo trono non potrà scendere facilmente.

L.: Ma allora mio padre stava su un trono?

T.: ...di farmaci! (*rivolto al fratello di Lea*) Ma suo padre stava su un trono più alto o più basso?

FRATELLO: No, non capisco questo...

T.: ...un trono di farmaci.

F.: Sì, ricordo che quando lui doveva andare dal dottore, bisognava concentrarsi su di lui e smettere di fare qualsiasi altra cosa... è vero quello che dice, anche se non l'avevo mai pensato.

SORELLA: Quando andava in ospedale era felice, perché lo avrebbero curato, guardato. I medici dicevano: "Un ipocondriaco così forte, mai si è visto."

T.: Da che cosa lo difendeva quel trono?

S.: Attirava l'attenzione... per sentirsi calcolato. Parlava sempre dei suoi dolori. Se gli dicevi che stava bene, ammutoliva.

T. (*solemnemente*): Era un re su un trono di farmaci: un re che chiede a tutti i suoi sudditi di essere lì ai suoi piedi.

F.: È vero, è vero... Ti ricordi, Lea... *lui comprò appena uscito da una malattia, a trentacinque anni, una poltrona sulla quale diceva di dover morire.*

T. (*rivolto a Lea*): Quindi suo padre aveva deciso di morire su un trono.

F.: Lui pensava così... per avere l'ammirazione di tutti.

T.: Certo... (*rivolto al fratello e indicando Lea*) sta cercando molto generosamente di dare compimento al progetto del papà. Guardi com'è regale! Con quel filo di perle... Lei è nata per il trono... Una regina. Se suo padre facesse un dipinto... sembra una regina olandese.

L. (*con un tono di voce mutato*): Me lo ha fatto un dipinto. Una Madonna. Vestita da sposa, avevo venticinque anni.

T. (*rivolto alla sorella*): Ma solo a Lea ha fatto un dipinto o anche a lei?

S.: No, no, a me no.

T.: Infatti lei, là sopra (*indicando il trono*) non ce la vedo mica tanto. Lei deve essere una che la vita proprio se l'è conquistata con le mani...

S.: Sì, è vero.

T.: Insomma, su un trono non ci vorrebbe stare!

S.: No.

T.: La capisco!

L. (*con rabbia*): Ma non ci vorrei stare nemmeno io!

T.: Ma non è possibile, sembra proprio fatto su misura per lei. (*rivolto alla sorella*) Di che cosa avrebbe avuto bisogno suo padre per scendere dal trono?

S.: Della stima della moglie... era un problema di stima.

T.: Ma lui si stimava? Mi avete riferito che aveva del talento come pittore...

S.: Lui? La sua educazione era tutta basata su "patria, chiesa e casa"... ma molto repressiva.

L. (*con un tono di voce più autentico*): Vede, dottore, da piccolo papà era balbuziente... penso che avesse grossi problemi nell'infanzia... e poi io soffrivo nel vedere che mamma lo trattava così male.

T.: Mi è venuta un'idea pazza: forse sedendosi sul trono del papà, per Lea è un po' come poter stare ancora in braccio al papà... (*rivolto al fratello e alla sorella*) Vorrei darvi un compito, se volete continuare ad aiutarmi. La prossima seduta dovrete portarmi qui la poltrona del babbo.

Dal trono finto riproposto in più occasioni dal terapeuta, in meno di cinque mesi di terapia siamo passati alla poltrona del babbo di Lea. Benché anche questa sia carica di implicazioni mediche e di presentimenti di morte, tuttavia appartiene al mondo affettivo della famiglia. Il ripercorrere insieme una storia fatta di rifiuti e di disistime, così come di aspettative "magiche" di accoglimento e di conferme, permetterà di collocare la depressione di Lea in una cornice evolutiva e di dare a lei e ai suoi familiari la possibilità di "toccarla", perché ora più comprensibile e *meno* cronica.

Lea invia segnali sulla strada da seguire: la rabbia di cimentarsi nella vita prevale sul vantaggio di coprirsi dietro i farmaci: accetta per la prima volta di farsi ricoverare in ospedale e di disintossicarsi, e soprattutto di farsi "controllare" dal marito nelle cure da seguire a casa. La strada per liberarci della monarchia è ancora lunga, ma almeno si intravede un tracciato da seguire. Il trono verrà usato ancora più volte in seduta nei mesi successivi: Lea potrà così *scegliere* dove sedersi e gli altri pure potranno scegliere dove mettersi.

Stare sul trono o scegliere una sedia normale avranno ora implicazioni ben diverse, così come restare o no "sudditi" ai piedi del trono o "sottoterra". Agli automatismi degli uni e degli altri subentreranno movimenti e atteggiamenti più impacciati, ma senz'altro più vitali. Si entrerà nella fase delle scoperte: il bisogno di attenzione, ad esempio, tanto a lungo monopolizzato da Lea e negato agli altri, tornerà a essere un'esigenza rivendicata da tutti. Anche Mauro, il marito di Lea, potrà salire finalmente sul trono, che chiamerà "trono d'importanza".

Alternando troni e occupanti, si finirà per insegnare alla famiglia come liberarsi delle monarchie e poi di noi, per affrontare le difficoltà della vita.