

*La relazione  
disturbata  
con il cibo e  
il corpo come  
sintomo della  
sofferenza  
del Soggetto*



Sono la dott.ssa Calloni, direttore della SIPRe di Parma, e oggi sono qui per presentarvi, in modo molto sintetico, i concetti su cui si fonda la nostra scuola attraverso la presentazione di un caso clinico.

Ho deciso di portare un caso molto complesso, che seguo da sette anni, pur sapendo che per mancanza di tempo non lo potrò raccontare con la cura e attenzione che meriterebbe.

Il mio tentativo, forse ambizioso, è quello di farvi respirare in modo molto condensato la **complessità del nostro lavoro**, quando siamo alle prese con la **sofferenza** dell'altro e questa sofferenza ci fa sentire come fossimo in mare aperto nel mezzo di una tempesta; in questo mare in tempesta la teoria è la bussola ed è anche il timone, indicandoci una rotta da tenere per non perderci.

Scegliendo una Scuola, scegliete una visione dell'uomo e dell'intervento di un certo tipo. Questo è una questione importante e imprescindibile, in quanto **ogni scuola fonda il proprio modo di fare lo psicoterapeuta a partire da una teoria di riferimento, il che vuol dire una certa visione di essere umano, di patologia, di terapia.** E' importante sapere che **ogni teoria, più o meno esplicita, organizza il metodo e la tecnica di intervento.**

Nel titolo di questa presentazione non ho volutamente utilizzato la consueta dicitura **‘Disturbi del comportamento alimentare’** ma **“relazione disturbata con il cibo come sintomo della sofferenza del soggetto”**, perché introduce da subito una differenza non solo terminologica ma di impostazione teorica e conseguentemente metodologica che orienta il trattamento.

Il termine “disturbo alimentare”, oggi siglato, DCA, ha le sue origini epistemiche nell’ambito nosografico e fa riferimento ad un tipo di cultura categoriale che ha la **funzione di descrivere e classificare i sintomi psichici**, alla **ricerca della identificazione della malattia come entità naturale che prescinde dall’esperienza soggettiva**, seguendo il modello medico. Se si perde di vista i limiti del suo presupposto si rischia, cosa ampiamente diffusa, di utilizzare questa classificazione con la pretesa di «conoscere» la persona, facendo **coincidere la malattia con l’identità di quel soggetto**, in modo rapido, semplicistico e avulso dal suo contesto di vita e del processo soggettivo di significazione di sé (presenza a sé in divenire).

Parlare invece di «**relazione disturbata con il cibo come sintomo di sofferenza del Soggetto**» introduce da subito una proposta di lettura volta alla ricerca di senso guidata dalla teoria di Psicoanalisi della Relazione.

Potremmo quindi tradurre in «**la relazione disturbata con il cibo è una manifestazione di sofferenza che riguarda il Soggetto**, quel soggetto, con una sua specificità e unicità. **Quel soggetto sta indicando in questo modo una sua fatica in relazione al suo processo di crescita**, ci dice essere alle prese con una crisi di passaggio nel suo processo del divenire»  
L'attenzione è quindi sulla sofferenza e sul soggetto e non sul sintomo/malattia.

Riteniamo che la **sofferenza-malessere** derivi dal fatto che il soggetto sia incastrato tra la necessità di dover rivedere-modificare la propria configurazione storica e il non essere capace/non avere la forza per farlo perché diventa **destabilizzante** per il suo equilibrio-coerenza interna e per l'equilibrio e coerenza del suo ambiente.

L'equilibrio precedente coincideva con l'unica possibilità di restare e sentirsi vivi.

Ogni passaggio mette in crisi un equilibrio precedente e pertanto destabilizza-perturba.

Non si parla di una ricerca della 'verità' su un paziente, né tantomeno di una sua restituzione alla 'normalità', quanto di **poter iniziare col paziente un percorso di scoperta del proprio modo di funzionare**, per favorire la sua presenza a se stesso.

Il presupposto a monte è ritenere la problematicità emergente la porta d'accesso ad un'organizzazione psichica ed esistenziale che si sta mostrando, permettendoci di interrogarla e non di sapere già la risposta



A partire dalle premesse di teoria ne consegue il metodo che **non è la chiusura ma l'apertura, una ricerca dedita all'ascolto della realtà dell'altro che vado scoprendo con lui nel processo elaborativo in divenire**, che si dispiega tra una seduta e l'altra all'interno di una relazione-interazione sui generis in cui terapeuta e paziente sono alla ricerca del senso soggettivo, per **accompagnare il soggetto nel suo assumersi**, nel suo processo di crescita che va scoprendo a partire da sé, alla scoperta di chi è, nel rispetto e assunzione del suo essere fatto così senza delegare all'esterno il diritto di esistere.

## **Analista di Psicoanalisi della Relazione**

- analista entra in relazione
- analista non più detentore della verità perché anche lui è dentro la relazione e la sua osservazione non può essere obiettiva;
- analista facente parte del sistema in esame, presente con tutto il peso della sua soggettività .
- l'analista, per la sua ineliminabile soggettività e per la sua partecipazione al processo, diventa lo strumento della cura: ciò che pensa e sente è il risultato di ciò che emerge dallo scambio con quel paziente e fornisce importanti informazioni
- la conoscenza dell'altro è processuale, col tempo, avviene solo costruendola nello scambio tra i due, non è già conosciuta a priori
- analista alle prese col non sapere tutto subito, che ha blocchi e paure anche lui, non ha la valigetta degli attrezzi sempre guarnita, il ricettario
- un analista pronto a **mettere mano a sé sempre**, nel processo, che è **il processo del paziente ma anche il suo**. Analista disposto a rivedere le sue parti lacunose che emergono all'occasione dell'incontro con quel paziente. Il paziente porta sempre

# Elena

Elena arriva nel settembre del 2016, ha 16 anni, inviata da una collega che ha seguito precedentemente, in un percorso di psicoterapia, la sorella maggiore Silvia, con una diagnosi di anoressia.

La madre mi contatta telefonicamente spiegandomi che E, dal mese di giugno, ha iniziato ad avere un calo ponderale che, a suo dire, è peggiorato in agosto; questo ha allarmato molto la madre al punto da ritenere necessario portare immediatamente Elena all'ospedale dalla nutrizionista che aveva già seguito la figlia maggiore qualche anno prima, accedendo direttamente all'ambulatorio sui disturbi alimentari. Elena, quando arriva da me, è già in carico al servizio, contro la sua volontà e sta seguendo il percorso-protocollo previsto da loro (visite a cadenza quindicinale con nutrizionista e dietista che hanno assegnato una dieta, con controllo valori ematici e cuore).

Quando incontro E rimango molto confusa:

- dalla premessa della madre mi aspettavo di incontrare una ragazza emaciata, invece mi trovo di fronte una ragazza alta, sicuramente snella ma non emaciata, non indossa abiti larghi che possano nascondere il corpo, si evidenziano quindi le forme e le gambe, snelle ma muscolose, non attivano in me preoccupazione (cosa che invece era successa alla collega nel vedere la sorella, che pesava 39 kg). Inoltre non c'è sospetto di condotta bulimica quindi non comprendo tutta la preoccupazione della madre e del reparto. Non conosco il peso di E perché non mi viene riferito subito ma lo stimo intorno ai 55 kg per un'altezza di 1.70 cm.
- Elena sembra completamente incurante della preoccupazione della madre, non sa quanto peso abbia perso, le dicono circa 15 kg ma a lei non sembra. Racconta, piangendo, che la nutrizionista su questo punto si è arrabbiata e l'ha accusata di fingere volutamente, mentre lei non si è accorta davvero di tutto quel calo. Sembra sincera, mi arriva il suo dolore per non essere creduta. Elena riferisce di non essersi accorta perché, per es, riesce a indossare ancora gli stessi pantaloni di prima e, inoltre, la perdita di peso è avvenuta in un lasso di tempo molto lungo e per di più legato ad una motivazione fisiologica, un po' lo stress della scuola, un po' la crescita. La madre conferma le spiegazioni di Elena

- non si capisce perché sia stata stimata una perdita di peso di 15 kg, dal momento che non c'è una bilancia pesa persona in casa né l'abitudine familiare a tener monitorato il peso, da quando la sorella ha sofferto di anoressia qualche anno prima. Non si sa bene in quanto tempo ci sia stata la perdita di peso, probabilmente in circa un anno, anche se il dimagrimento stimato come veramente significativo (circa 5-8 kg) sembra essersi verificato nel periodo estivo dove E avrebbe iniziato a digiunare e avere una modalità di gestire il cibo (piccole quantità e sminuzzate) con stile più tipicamente controllante. Questo quanto riferito dalla madre ma non riconosciuto né riportato da Elena.

Per i motivi sopra riportati, non mi è chiaro perché Elena sia stata portata in ospedale in un reparto specializzato DCA con tanta rapidità e perché gli specialisti abbiano fatto diagnosi immediatamente, prendendola in carico in così poco tempo.

Cerco di andare oltre al sintomo fisico e cerco di spostare il livello per conoscere Elena al di là del sintomo.

Così chiedo a Elena se sia successo qualcosa nei mesi estivi, qualcosa che possa averla preoccupata o addolorata.

Lei non trova nessuna criticità e sembra stupita dalla mia domanda.

Mi sento scoraggiata dal suo non sapere, mi sembra impossibile che non le venga nulla da raccontare di sé, qualsiasi cosa. Questo suo ostinato silenzio dei primi incontri, che caratterizzerà l'andamento dei nostri incontri per i primi anni, mi farà dubitare sulla sincerità delle sue affermazioni. Nonostante questi vissuti, mi metterò alla ricerca di un suo senso soggettivo, che sarà il faro che mi guiderà nel nostro percorso travagliato. Il presupposto a monte sarà ritenere il sintomo alimentare la porta d'accesso e d'avvio per un percorso di ricerca di senso tutto da costruire con lei.

Nonostante la risposta scoraggiante di Elena, mi determinerò nel cercare un collegamento tra la comparsa del sintomo e gli avvenimenti di vita che lo hanno preceduto.

Nell'arco di più colloqui, raccolgo con grande fatica delle informazioni da Elena stessa ma soprattutto dai genitori, informazioni che riterrò emotivamente collegate all'esordio del malessere ma di cui E non sembra curarsi né tanto meno attribuire un nesso, che rimarrà quindi solo nella mia mente.

Le informazioni che emergono, piano piano e in modo succinto, sono state da me successivamente ricostruite come segue. Utilizzo il termine “informazioni “, volutamente, e non “racconti”, perché si tratta di un elenco di informazioni esposte da E. né in un ordine cronologico né di importanza ma in modo frammentario e asettico, stimulate da mie specifiche domande. Quello che oggi riporto è l’esito di un continuo lavoro di ricostruzione di senso, a partire da miei pensieri e vissuti che prenderanno forma processualmente dentro di me a partire da ciò che circola tra noi, al di là delle sue parole.

- E è rimasta in montagna qualche settimana da sola su sua richiesta nel mese di giugno-luglio (ci sono i vicini di casa con cui ha un buon rapporto, i genitori salivano al weekend). Anche nel colloquio con i genitori lo stile comunicativo, seppur collaborativo, è di tipo solo informativo, **si danno informazioni senza entrare in merito alle motivazioni, agli stati d’animo, preoccupazioni, solo livello organizzativo**: si sa solo che la sua permanenza in montagna è di 3 settimane e che lì avrebbe iniziato a sentire uno stato di noia, il tempo non passava e si annoiava.
- Una volta tornata dalla montagna è andata in vacanza a NY con amici di famiglia per una settimana senza la propria di famiglia, cosa a cui è stata abituata fin da piccola. Lì avrebbe fatto “un pochino di fatica” nelle relazioni con i figli di questa famiglia, con il ragazzo suo coetaneo non avrebbe avuto quasi mai scambi, con il piccolino, di 3 anni, avrebbe avvertito spesso il fastidio per i suoi capricci. La mia riflessione è chiedermi come le sia stato possibile partire senza avvertire fatica dal momento che non stava già bene
- A giugno è morto il nonno paterno, a cui si dice poco affezionata; puntualizza che anche il padre "non ha mostrato grosso dolore" , nei fatti però emergerà di quanto il padre fosse diventato sempre più apatico e distaccato da tutti.

- A dicembre 2015 ha lasciato improvvisamente la pallavolo, sport praticato da 5 anni. Elena lo riferisce **senza aggiungere altro, non approfondisce mai di sua iniziativa; riferisce gli eventi della sua vita come semplici fatti, senza collocarli in un contesto di significati**, questo è il suo stile sempre . (Io mi vivo come incalzante anche se faccio semplici domande nel tentativo di ampliare un pochino il discorso. Le mie domande, sempre fatte in punta di piedi, vengono chiuse in modo monosillabico e sterile; l'unica cosa che riferisce con poca curanza è che la palestra fosse dall'altra parte della città, a circa 40 minuti di distanza, e che gli allenamenti fossero tutte le sere, e che , tra viaggio, che sosteneva da sola in metropolitana, e allenamento, fosse occupata da lunedì a venerdì dalle 20 fino alle 23.30/24). **Non fa cenno anche qui a momenti di stanchezza o fatica che può aver provato negli anni, mi sembra tutta d'un pezzo, non scalfibile da nulla, poi improvvisamente abbandona senza nessun dispiacere.**
- Qualche mese prima, durante una gita con il suo gruppo di arrampicata ,assiste ad un tragico incidente: muore, praticamente davanti ai suoi occhi, il figlio della guida, di soli 8 anni, che lei frequentava ogni domenica da parecchi anni. **Nessun vissuto in merito**
- Qualche mese prima scopre che la madre ha un amante. Elena in quell'incontro racconta il suo attacco di gelosia, così lo definisce lei, nei confronti della madre, la quale a causa dell'amante era diventata distratta nei suoi confronti, poco presente emotivamente e anche fisicamente. Elena quindi avrebbe confidato alla madre la sua scoperta e avrebbe chiesto alla madre di smettere di trascurarla ; a quel punto la madre avrebbe interrotto la relazione con questo amico. Elena, seppur vaga, fa intendere che questo signore sia un amico di famiglia con cui fanno le vacanze insieme...lei non sa se la loro fosse una relazione anche sessuale e non le interessa saperlo ma è certa che la madre venisse "rapita" da questa persona e perdesse attenzioni per tutto il resto. **La madre non confermerà questa versione** di Elena , anzi, riferisce che qualche mese prima, **in modo del tutto immotivato**, Elena avrebbe sviluppato un atteggiamento morboso e controllante nei suoi confronti. Traspare da subito una nota di disappunto, che negli anni diverrà un tema centrale, nei confronti del nuovo atteggiamento di Elena, più richiedente, vissuto come asfissiante. Da piccola sempre molto autonoma e indipendente.

Questo può sembrarvi un elenco di dati ma vi chiedo lo sforzo di porre l'attenzione sui vostri vissuti e pensieri, per non cadere nel livello informativo -pratico a cui Elena e il suo sistema familiare si attestano, contagiando potentemente l'interlocutore.

## I genitori :

- La madre è laureata in lettere, insegna al proprio domicilio, da parecchi anni fa anche la puericultrice, lavora moltissimo, spesso anche di notte; proviene da una famiglia molto facoltosa, con cui ha avuto da sempre rapporti molto conflittuali, esitati nell'interruzione, da molti anni, del rapporto con la sorella (Elena non ha mai frequentato la zia); con la propria madre, ancora in vita, parla a malapena e mantiene un rapporto civile solo a seguito della morte del padre avvenuta nel 2009. La mamma racconterà solo dopo 6 anni dall'inizio della terapia di questo episodio, di cui neppure Elena mai mi ha parlato; suo padre, nonno di Elena, è morto proprio mentre la signora era in chiamata con sua madre, in viva voce in macchina in presenza di Elena e del resto della famiglia; la morte del padre è stata quindi vissuta «in diretta» via telefono. Questo avvenimento improvviso e drammatico (c'è stata la corsa al domicilio del nonno, il tentativo di rianimarlo, essendo un'emergenza) sembra sia stato superato molto velocemente da Elena, senza averla turbata, avrebbe anzi detto dopo pochi giorni che la vita andava avanti e che fosse inutile continuare a parlarne. Si mostra una madre molto attenta per la dedizione che mette nella gestione degli incontri con i professionisti, anche se negli anni mi accorgerò che questo sempre e solo dal punto di vista pratico e del controllo, mai emotivamente. L'insofferenza verso Elena sarà centrale; in modo molto camuffato emergerà la sua incapacità di accettare i bisogni-interessi di Elena se diversi dai suoi, inconsapevole del fatto che pretende di decidere lei qualsiasi cosa riguardi Elena; es se muore il cane e Elena si permette di entrare in crisi, anche chiudendosi in casa per qualche giorno, verrà decodificato come aggravamento della sua patologia, con l'attivazione di richiesta di colloqui con la sottoscritta e lo psichiatra, incapace di considerarlo come legittimo momento di elaborazione della perdita per Elena.
- Il padre è un uomo chiuso e da parecchi anni depresso, delegante rispetto alle responsabilità genitoriali (è la madre che si è sempre occupata delle figlie) e assolutamente sprovvisto di emotività. E' laureato in fisica, è un libero professionista e anche docente universitario; ha perso un fratello molti anni prima, un fratello morto giovane, ha perso anche entrambi i genitori, il padre il giugno in cui E inizia il dimagrimento. Elena dice di non averlo visto soffrire per la morte del nonno e che lui abbia dichiarato che questi eventi fanno parte della vita e che quindi inevitabili e da accettare. Ha una modalità molto passiva ma anche a tratti molto aggressiva, arriva anche alle mani con la moglie.
- I genitori sono in crisi da molti anni, ma hanno sempre camuffato questa situazione fino alla scoperta di Elena dell'amante della madre, evento che verrà tuttavia negato con decisione da parte della madre e che passerà in sordina.

## Nei primi due anni

La seduta in cui Elena parlerà del tradimento della madre, sarà l'unica in cui mostrerà le sue emozioni, permettendosi di far percepire in modo chiaro anche a me la sua rabbia, la sua delusione, il suo disappunto. Dopo quella seduta tutto tornerà nel clima di privazione di senso e di impenetrabilità emotiva, stile che ho cercato di mettere in luce, in modo riduttivo, nella ricostruzione dei fatti sopra esposti. Nel tempo la mia ipotesi spiegativa è che quella seduta fosse il primo pronunciamento di Elena e che, non essendo abituata a dare legittimità ai propri pensieri e vissuti scomodi, ne fosse rimasta troppo destabilizzata; pertanto il suo fare marcia indietro, mantenuto a lungo, fosse il suo modo per riequilibrare un potente senso di colpa per aver "tradito" la madre, riferendo qualcosa che la madre mi aveva taciuto. Prima di quell'evento Elena non si era mai permessa di disapprovare la madre, di cui aveva sempre avuto un'immagine, oggi dico, idealizzata ritenendola una madre forte, risoluta, dai valori morali ineccepibili.

La terapia prosegue con me con questa modalità: lunghi silenzi, comportamento controllato che tuttavia tradisce talvolta fastidio e insofferenza, non si rende accessibile in nessun modo. C'è il vuoto, il non senso, io provo, un paio di volte, a chiederle se non sia il caso di fermarci con gli incontri, perché mi sembra che lo stia facendo perché costretta e basta, ma lei sembra offendersi e soprattutto mortificarsi. Le mie ipotesi sono che forse si sente cattiva, sbagliata, indegna perché fa vedere il suo essere oppositiva, cosa che sembra non riuscire più a nascondere totalmente, quando la compiacenza-le buone maniere impostate sembrano essere state l'unico modo conosciuto per stare al mondo. Il suo controllo serve per non far uscire la rabbia, per tenere a bada il dissenso, la sua sensibilità soffocata, il bisogno di tempo per elaborare i dolori contro l'efficientismo razionalizzante con cui è stata cresciuta.

Lo stile dei nostri incontri sarà permeato dal silenzio, 40-45 minuti di silenzio, solo saltuariamente si permetterà un breve pianto soffocato nel farmi un breve resoconto, questo di sua iniziativa, della visita di controllo in ospedale; l'unica cosa che dichiarerà in modo sicuro sarà il suo disappunto per essere stata portata in ospedale e di essere seguita dalla stessa dottoressa che ha seguito la sorella, omologandola in tutto a lei. Nonostante il suo dissenso, proseguirà i suoi controlli nel reparto DCA, rispetterà in modo impeccabile la dieta che le verrà assegnata ma non prenderà peso, anzi inizierà a perderlo, sempre più.



I suoi silenzi, infiniti, il disagio manifestato dall'agitazione motoria delle gambe che continua a muovere, il suo continuo affermare di non avere problemi a volte espresso con tono irritato, seppur molto controllato perché non è mai palesemente scortese, mi fanno vivere stati d'animi molto confusi. A volte provo irritazione per la frustrazione che avverto nel vuoto e nel "tutto fermo" degli incontri, altre volte percepisco un'angoscia potente mista a tristezza perché sento il suo disagio potentemente soffocato

Nei momenti di sconforto, quando il silenzio raggiunge l'insopportabilità, mi convinco che non abbia nessuna spinta personale a venire anche da me, e che l'unica motivazione che la spinge a rispettare gli appuntamenti, perché non è mai mancata ad un incontro e mai arrivata in ritardo, sia quella di compiacere la madre e di non essere sgarbata con me. Lei continua a venire, sempre puntuale, così come puntuali sono i suoi silenzi, il suo disappunto soffocato; non esiste spazio a spiegazioni, riflessioni personali che possano aggiungere informazioni per contestualizzare i suoi vissuti e i miei

La preoccupazione per la sua salute fisica (viene inserita nel programma di day hospital) inizia a diventare un tema che mi tocca e si inserisce nella relazione con Elena. Elena continua a mantenersi indifferente e silenziosa. Tutto questo mi indirizza facilmente ad aggrapparmi alle spiegazioni materne, sempre puntuali, piuttosto che ai risultati ematici, colludendo anche io con la ricerca di un senso al di fuori di Elena, permettendo alla madre o agli specialisti di definire loro chi sia Elena, cosa le stia succedendo. Più io cadrò in questa trappola più Elena si aggraverà.

Fino a quando io inizierò a dare fiducia al nostro processo e a Elena, nonostante tutto; fiducia nella possibilità che Elena possa ad un certo punto sbocciare, permettersi di pronunciarsi per come è lei, al di là di ciò che pensano e dicono gli altri, soprattutto la madre. La lotta tra la vita e la morte, sul piano fisico, incarna la lotta che vivremo simbolicamente; tra una Elena rinunciataria e rassegnata ad essere come gli altri la vogliono, che confonde anche me, e una Elena che inizia a esprimere pensieri e vissuti personali, scomodi, perturbanti perché mettono in crisi la visione idealizzata dei suoi genitori.

Quello che io dovrò tollerare è la continua sensazione di incertezza e insicurezza sul valore del mio capire e sentire dal momento che lei non confermerà le mie proposte, per lo meno a parole.

Se da una parte c'è un suo ostinato resistere al pronunciarsi (partire da sé, con il conseguente smascheramento della famiglia del mulino bianco) reso manifesto dal persistere e aggravarsi del sintomo che garantisce il mantenere tutto fermo (l'annullarsi per non perdere l'amore dei genitori, piuttosto mi annullo e sparisco io) dall'altro, lentamente, in modo discontinuo, con un andamento di un passo avanti e tre indietro, inizia a prendere contatto con i suoi pensieri e vissuti. All'inizio il malessere era solo legata al corpo, non era percepita la tristezza, la paura, il dolore. Dopo 3 anni di terapia inizia ad entrarci in contatto, sempre più.

Saranno molti i momenti di dolore ,nell'affrontare il **ri-significare o significare in modo nuovo** il rapporto con i suoi genitori, lo stile educativo ricevuto, confrontandosi e riconoscendo lo stile negante familiare . Cercherà a sua volta di negare, mettendo tutta la sua concentrazione sul controllo del cibo (cura in modo ossessionato il cibo bio, cucinato in un certo modo, tutto rigido, controllato) che diverrà esasperato. Per anni la preoccupazione di tutti sul suo stato di salute sposterà molto spesso l'attenzione su questo, più Elena si avvicinerà a prendere coscienza e contatto con la realtà dolorosa, più cercherà di resistere, rasentando momenti in cui il rischio per sé è a caro prezzo. C'è una diagnosi di osteoporosi grave e rischio di sterilità permanente.

Ma credo che sarà proprio sentire il dolore su di sé, sulla sua pelle, sulle sue ossa, i rischi a cui lei sta andando incontro, che le permetteranno di mettere sé al primo posto. Sarà una lotta all'ultimo sangue, come se per Elena la propria sopravvivenza possa voler dire uccidere, simbolicamente i genitori. E all'inizio sarà proprio così, sentirsi cattiva e sbagliata, a volte preferibile sentirsi lei quella malata e sbagliata pur di salvare loro. Ma un po' alla volta entrerà nel processo elaborativo e accetterà di confrontarsi con ciò che andrà scoprendo.

Elena sempre più, in modo disperato, potrà riconoscere che la sua non è una famiglia perfetta, del mulino bianco, come le hanno sempre fatto credere, a cui lei ha voluto credere. Ma una famiglia molto sofferente, che ha tenuto nascosti tanti aspetti, tra cui il tradimento della madre, la crisi coniugale, la depressione potente del padre e anche della madre, con un livello di negazione così potente che tutti i suoi membri accettavano. Fino al primo segnale della sorella, non sufficientemente, e poi il suo, l'urlo soffocato e camuffato.

La soluzione familiare è stata di un certo tipo ma lei sceglie per sé, nonostante l'amore e la devozione nei loro confronti, una soluzione di vita diversa.

La sofferenza di Elena si era generata, a mio avviso, dal non prendersi in mano la vita perché farlo comportava fare i conti con l'elaborazione della realtà propria e altrui, dei propri limiti e altrui, al di là delle idealizzazioni e negazioni che ha messo in atto per stare in piedi.

Ritengo inoltre che un approccio di cura rivolto esclusivamente al sintomo potesse alimentare l'impostazione familiare di Elena, basata sull'efficientismo, sul concreto, sulla cura pratica svuotata dall'affetto, dalle emozioni, mentre una teoria incentrata sul Soggetto, con un conseguente metodo che si rivolge a sostenere l'assunzione a partire da sé possa aver favorito lo sbocciare di Elena.

Oggi Elena ,dopo 7 anni di psicoterapia, è una giovane donna che sta iniziando a sperimentarsi nella relazione sentimentale con un ragazzo, ha progetti professionali, una vita sociale più soddisfacente. Un dato più concreto è che ha raggiunto un peso accettabile, normopeso, e ha il ciclo mestruale.

Lo strumento di lavoro a disposizione è la buona gestione di teoria e metodo, che va approfondita sempre, e una buona conoscenza delle proprie dinamiche interne. Se l'analista inevitabilmente è dentro la relazione con tutto se stesso non può nascondere la propria soggettività. Abbiamo un analista alle prese col non sapere tutto subito, che ha blocchi e paure a sua volta, senza una valigetta degli attrezzi sempre guarnita, il ricettario, nonostante sia quello che tutti noi vorremmo. E' a partire dal fare i conti con l'accettazione e il riconoscimento di blocchi e paure che esse vengono sciolte e diventano l'occasione per aprire lo sguardo sul paziente in un modo nuovo. Sono inevitabili i momenti di empasse e si sciolgono quando l'analista mette mano al suo processo.

L'esperienza formativa che offriamo è rivolta a tutti quelli che vogliono partecipare in **modo attivo** nella costruzione del proprio percorso di apprendimento e di formazione. Può essere la scelta giusta per chi **non** desidera stare nella relazione analitica con la **neutralità** e la **distanza**, ma per chi è disponibile ad essere partecipe di una **esperienza relazionale profonda e complessa**, a trovare il **proprio modo personale di stare in seduta** col paziente, naturalmente **alla luce di una teoria, di un metodo e di una tecnica**.

È necessario che **il terapeuta per primo impari ad ascoltarsi**, a **lavorare su di sé**; per noi è fondamentale la costante interfaccia e integrazione fra l'ambito formativo presso la Scuola, l'esperienza di tirocinio, le supervisioni (individuali e di gruppo) e l'analisi personale, perché così aiutiamo il futuro terapeuta a costruire **il più importante degli strumenti di lavoro: se stesso**.

L'incontro con l'analista diventa l'occasione per attivare **una relazione sui generis in cui far emergere le dinamiche relazionali e identitarie del paziente**, attraverso lo snodo con quelle dell'analista, per poterle conoscere ed elaborare in diretta, nel qui ed ora dello scambio relazionale

**La relazione terapeutica diventa lo strumento di conoscenza della realtà del paziente.**

# Informazioni tecniche

- La quota di iscrizione annuale è pari a 3.600 euro; il versamento è suddiviso in tre rate. La quota comprende tutti i costi della didattica, i Seminari Mirati, la supervisione in classe e la copertura assicurativa per il tirocinio e il corso sulla sicurezza. Sono escluse dalla quota indicata l'analisi personale e la supervisione individuale.
- Supervisione individuale (20 ore al II anno, 30 ore al III e al IV anno): 60 euro l'ora.
- I costi dell'analisi personale (minimo 50 ore annue, che vengono conteggiate come parte del monte ore di formazione) sono a carico dell'Allievo.
- Il monte ore annuo del tirocinio è di 150 ore
- Le modalità per accedere alla graduatoria è, quindi, all'iscrizione sono le seguenti:
  - ✓ Invio della domanda di iscrizione, corredata del curriculum vitae, per e-mail al Direttore d'Istituto della sede prescelta.
  - ✓ Effettuazione di due colloqui motivazionali con docenti dell'Istituto. I colloqui sono gratuiti.
  - ✓ Comunicazione, da parte del Direttore di sede d'Istituto, della posizione raggiunta dal Candidato in graduatoria provvisoria.

- Le iscrizioni ad ogni anno di corso sono a numero chiuso (max 10 Allievi).
- Le lezioni si svolgono il sabato dalle 8.30 alle 19 e la domenica dalle 8.30 alle 13.30 con cadenza quindicinale.
- La sede si trova nel centro di Parma in Strada della Repubblica.
- Per avere informazioni e rimanere aggiornati andare al sito [www.sipreonline.it](http://www.sipreonline.it) e sui canali LinkedIn e Instagram entrambe chiamate SIPRe



*Fine*

