

È una domanda che viene spontanea a tutti di fronte alla realtà ineludibile che veniamo feriti e proviamo dolore da quelli a cui vogliamo bene e che ci vogliono bene. Gli estranei solitamente non ci toccano più di tanto da questo punto di vista. Se consideriamo che attraverso le relazioni intime costruiamo la nostra identità, allora vuol dire che maturiamo prevalentemente attraverso la sofferenza e non attraverso la gioia: sarebbe un principio educativo alquanto perverso! Un'altra alternativa potrebbe essere che le relazioni intime fanno soffrire soltanto chi ha un livello troppo basso di competenza relazionale. Allora può sorgere un'ulteriore alternativa che due persone con alto livello di competenza relazionale non dovrebbero ferirsi e far soffrire. È una questione intrigante.

Le tessere del puzzle presentate e commentate nei capitoli precedenti ci possono aiutare a trovare delle risposte soddisfacenti a questo quesito centrale nell'esperienza relazionale. Vanno chiariti innanzitutto i termini della questione.

“Dolore e intimità” non è un abbinamento che possa risultare immediato, a meno che non ci poniamo nella prospettiva romantica che vede nell’“amore e morte” un binomio inscindibile. Che l’intimità, come vicinanza e condivisione di presenza, venga avvertita come dimensione importante è esperienza comune nonché patrimonio culturale dell’umanità; soltanto da qualche tempo è diventata oggetto di attenzione anche nell’ambito della psicologia scientifica, proprio nello studio delle relazioni familiari. Anche il dolore è esperienza fondamentale; su esso merita fare qualche distinzione in più perché generalmente viene inteso come sentimento “negativo”. Tuttavia, se viene affrontato e gestito correttamente nell’ambito delle relazioni familiari, può avere effetti positivi e utili per accrescere l’intimità; quando invece viene evitato e tenuto nascosto alla considerazione personale o interpersonale, può avere effetti distruttivi.

Il dolore può essere realmente accostato all’amore, se intendiamo per amore soprattutto l’attribuzione di importanza. Tutti noi provochiamo sofferenza e subiamo ferite proprio da coloro che amiamo. La pratica terapeutica e gli interventi di prevenzione, come i risultati degli studi empirici, suggeriscono che le esperienze di dolore vanno affrontate all’inizio di ogni intervento. Possiamo ben dire che è un’emozione universale, comune a tutti gli esseri umani e a tutti i viventi. Tuttavia, è un’emozione trascurata nella maggior parte delle trattazioni riguardanti i sentimenti e le emozioni, anche se è presente in molte ricerche riguardanti aspetti di viva attualità: l’abbandono, l’abuso sessuale, il burnout, l’inganno, lo stress per il ruolo

sessuale, il timore di intimità, il tradimento, la vergogna e altre ancora. In generale, gli eventi e le esperienze che producono dolore sono numerosi e vanno dalle espressioni, reazioni e critiche subite, alle varie forme di abuso. Con il termine dolore negli studi si intende qualsiasi evento o esperienza percepita e sentita, non dal punto di vista fisico ma da quello psicologico, come emotivamente dannosa, traumatica, minacciosa, stressante, distruttiva, sminuente e debilitante il benessere personale, l'importanza e l'esistenza della persona stessa.

Con il termine dolore si sollevano molte questioni di carattere semantico. Freud per primo, seguito da altri studiosi, ha evitato di usare questo termine, preferendone altri che sono equivalenti come trauma, stress o minaccia. Nel linguaggio corrente, tuttavia, è molto comune; ci domandiamo allora se le due prospettive siano inconciliabili. Per rispondere è necessario dimostrare non solo che questa emozione è rilevante dal punto di vista scientifico e clinico, ma che è fondamentale per il funzionamento sia umano che animale. Va poi discussa criticamente l'ipotesi che la fuga dal dolore abbia una funzione preventiva e protettiva per la maggior parte di noi.

La letteratura scientifica usa termini particolari che denotano, tuttavia, esperienze ed eventi che fanno riferimento a qualcosa di doloroso: trauma, stress, minaccia, disfunzioni mentali come disfunzioni dannose e simili. Mettendo il termine *dolore* al loro posto, si può ottenere più specificità e concretezza per colmare lo iato fra l'uso colloquiale e la letteratura scientifica sull'argomento. Infatti, i termini come trauma, stress e minaccia hanno in comune la medesima caratteristica di indicare dolori passati, presenti o attesi nel futuro.

I termini più vicini, se non sinonimi, al dolore, appaiono nella letteratura sulle emozioni: sofferenza, pena, angoscia e preoccupazione. Presi globalmente, possono rappresentare una dimensione su cui vanno differenziati più gradi di intensità che vanno presumibilmente dalla preoccupazione alla pena, alla sofferenza e, infine, all'angoscia. In particolare, alcune forme di dolore psicologico sono osservabili e visibili, altre sono evitate, altre ancora sono nascoste sia all'osservatore esterno sia a chi le sta provando. Quando cerchiamo il denominatore comune di tutti questi aspetti possiamo dire che rappresentano modi di porsi rispetto a ciò che è percepito come doloroso o potenzialmente doloroso per il benessere, l'esistenza, la prosperità e l'importanza della persona.

È opportuna una seconda riflessione. Nella letteratura scientifica troviamo termini *positivi*, come *gioia*, *felicità* e *piacere*, che non hanno controparti precise. Il termine dolore può soddisfare tale esigenza almeno nel linguaggio comune, che si distingue dalla dimensione fisica della sofferenza, come infatti la maggior parte delle persone sa differenziare. In psicologia clinica molte classificazioni diagnostiche hanno come denominatore comune una specie di *fuga emozionale* riguardante esperienze spiacevoli private associate all'ansia. Forse è proprio la qualità nascosta e sfuggibile del dolore che impedisce di metterlo a fuoco e di considerarlo parte degli studi sulle emozioni – salvo qualche eccezione – sebbene siano molti i riferimenti generali proprio come nell'esperienza comune.

I nodi del dibattito concettuale sul dolore appaiono i seguenti: a) la dicotomia tra emozionalità positiva e negativa; b) la distinzione tra esperienza ed espressione; c)

i livelli di descrizione e di spiegazione delle emozioni; d) la relazione tra dolore e amore/intimità.

---

### 12.1 Emozionalità positiva vs emozionalità negativa

Solitamente le emozioni sono divise in positive e negative, dove gioia, felicità, piacere e contentezza sono, per esempio, incluse nel polo positivo, mentre rabbia, ostilità, paura, risentimento, tristezza e preoccupazione sono poste al polo negativo. Questa distinzione rispecchia la tendenza comune di suddividere i sentimenti in positivi e negativi, ma questa dicotomia facilmente induce in errore perché implica che le emozioni positive siano buone e quindi da provare e quelle negative cattive e quindi da evitare. Inoltre, tendiamo a equiparare la fuga con la soluzione, mentre una vera soluzione richiederebbe di affrontare il problema: più evitiamo di affrontare i dolori, più essi tendono a stare con noi e dentro di noi; evitare un problema doloroso, cioè nascondere sotto il tappeto, reprimerlo, sopprimerlo o evitarlo, non significa che lo si possa automaticamente allontanare. Si può discutere sull'importanza del dolore come ingrediente positivo e necessario per la sopravvivenza, ma la dicotomia positivo-negativo ci obbliga a costruire giudizi di valore non necessari.

Se classifichiamo il dolore come negativo, lo dovremmo fare con qualsiasi altra emozione, ma incorrendo così in grossi inconvenienti. Vorrebbe dire che dovremmo evitare le emozioni negative e tendere a quelle positive con conseguenze distruttive sia sul piano formativo come su quello clinico. Si dice che i bambini devono essere sempre felici evitando loro qualsiasi forma di dolore, come se questa preoccupazione li potesse immunizzare automaticamente e magicamente dal provare dolore, anche quello inevitabile. Sul piano educativo questa dicotomia suggerirebbe che i genitori e gli insegnanti dovrebbero insegnare ai ragazzi a evitare i sentimenti di dolore e a tendere solo a quelli di felicità. Sul piano terapeutico questa prospettiva è ancor più distruttiva: non si è mai vista una persona diventare felice su comando, implicito o esplicito.

---

### 12.2 Distinzione tra provare ed esprimere le emozioni

È una distinzione qualitativa mai abbastanza messa in rilievo. Il primo aspetto si situa a livello arcaico, profondo, spesso nascosto sia alla persona che sente come agli altri, il secondo è visibile a chi osserva. Quando sperimentiamo un sentimento o un'emozione, abbiamo bisogno di decidere se operare un movimento di avvicinamento o di allontanamento, internamente o esternamente, esprimendolo. Qui entrano in gioco i fattori razionali che controllano, più o meno, le modalità di espressione delle emozioni. Una sopravvalutazione eccessiva della razionalità può portare a ritardare l'espressione del sentimento; svalutando la razionalità si può essere portati a uno scaricamento improvviso e rapido, fatto di parole o di azioni. La polarità tra

provare un sentimento e la sua espressione dipende se nella persona avviene un avvicinamento o un allontanamento. Se un sentimento doloroso è internamente avvicinato, potrà essere espresso esternamente secondo la natura emozionale del soggetto, il livello delle funzioni psichiche, i fattori di personalità e di contesto. Se è evitato internamente, può emergere indirettamente e, magari, in maniera disfunzionale. In parole più semplici: provato un senso di dolore, il passo ulteriore è: cosa ne facciamo di questo dolore? Può essere assunto o evitato; scaricato immediatamente o ostacolato nella sua espressione. Se si opta per il rinvio, per quanto tempo siamo in grado di sostenerlo? Se lo si scarica, come avviene questo? Positivamente, negativamente o con modalità intermedie?

Queste distinzioni sono fondamentali per il dolore. Quando una persona a cui siamo legati ci inganna, non possiamo non provare dolore. Una volta feriti, abbiamo però un numero infinito di scelte su come esprimere quel dolore: il modo di collegare esperienza ed espressione dipende dalle scelte personali e dal clima culturale. Certamente bisogna differenziare tra eventi esterni dolorosi, che sono una realtà oggettiva (traumi, stress, tensioni e minacce) e l'esperienza di dolore quale processo interno soggettivo. Per uno stesso evento esterno traumatico o stressante possiamo avere due reazioni individuali completamente diverse.

La distinzione tra dolori sperimentati o meno e dolori manifestati o non manifestati dipende dal livello di funzionalità della persona. Più funzionale essa è e più facilmente può sperimentare il dolore ed esprimerlo in modi appropriati e persino trovare in esso un modo per migliorare. Per la stessa ragione, più disfunzionale è la persona, più difficile è per lei fare esperienza e manifestare il dolore in modo appropriato alla crescita personale.

---

### 12.3 Livelli di descrizione e di spiegazione dell'emozionalità

La descrizione è costituita da livelli di rappresentazione pubblica o privata che sia, mentre la spiegazione è costituita da emozioni profonde che hanno a che fare con l'identità del sé (il dolore è una di queste emozioni) e dalle determinanti storiche e culturali. Il livello espressivo può essere nascosto agli estranei, dal momento che la maggior parte delle passioni hanno luogo nell'intimità delle famiglie. Vale la pena fare un'ulteriore distinzione circa l'espressione delle emozioni tra quello che si fa vedere agli altri e quello che si prova nella quotidianità delle relazioni. Il primo riguarda la formazione delle impressioni, magari di breve durata; il secondo è più durevole e reale. A livello più profondo di struttura della personalità abbiamo da una parte le varie dimensioni del dolore e i concetti ad esso correlati e dall'altra la felicità/piacere e i concetti collegati. Questi termini rappresentano, in un certo modo, la stessa dimensione fondamentale di fare l'esperienza che va dal dolore fino al piacere. A livello fenotipico, queste esperienze fenomenologiche iniziano con l'essere espresse attraverso dimensioni rappresentate da due estremi principali, l'uno rappresentato dalla scarica e dall'esternazione, come nell'impulsività e nell'iperattività, e l'altro dall'interiorizzazione o ritiro, come nell'ansia, nella depressione e nelle

fobie. Il dolore rappresenta un'emozione soggettiva distinguibile dalle altre. La maggior parte di noi è in grado di riconoscere quando fa esperienza di dolore, anche se questa affermazione generale ha bisogno di precisazione. Noi non sappiamo abbastanza sui dolori per affermare se ci sia qualche substrato di origine neurale o qualche configurazione neuromuscolare, sebbene ci siano precisi correlati di natura fisiologica del dolore e della sofferenza. Le risposte di natura fisiologica dipendono per lo più dal modo con cui la persona affronta il dolore: può evitarlo in modo quasi automatico, reprimerlo, somatizzarlo, passare immediatamente ad azioni impulsive e solitamente distruttive o reagire con comportamenti compulsivi o pensieri ossessivi. Si può dedurre, inoltre, che l'evitamento del dolore porta a un evitamento dell'intimità, se col termine intimità si intende la condivisione dei dolori e dei timori di soffrire. Se i dolori rappresentano l'altro lato del piacere e degli eventi piacevoli, allora le gioie, la contentezza e le altre emozioni piacevoli non possono essere pienamente provate senza che ci sia anche la condivisione dei dolori. In realtà, si può sostenere che un soddisfacente incontro sessuale col partner non può essere provato senza che ci sia stata una piena condivisione delle esperienze dolorose precedenti e della paura di essere feriti.

Le esperienze di dolore sono custodite internamente e spesso non sono manifestate se non attraverso espressioni della vita quotidiana in modo stereotipato, mediante rabbia da parte degli uomini e tristezza e paura da parte delle donne. Il dolore è un sentimento più intenso e più intensamente privato degli altri sentimenti; forse il più profondo. Se tutte le persone provano dolore, certamente ci differenziamo dal modo in cui ne abbiamo fatto esperienza nel corso della vita e per come lo esprimiamo. Così le differenze individuali sono molto importanti e meritano particolare attenzione.

---

## 12.4 Legame intrinseco tra dolore e intimità

È l'aspetto centrale delle nostre considerazioni. Si diceva che a prima vista è un problema mettere insieme intimità e dolore. Tuttavia, ciò dipende dalla definizione di amore. Se amore significa presenza alla persona dell'altro, allora intimità significa riconoscere all'altra persona il potere di farci soffrire, essendo essa a sua volta adolorata a causa nostra. Abbiamo già ricordato che noi non siamo feriti più di tanto da uno sconosciuto scortese, da un venditore sgarbato o da un conoscente occasionale. Possiamo essere disturbati e offesi da loro, ma il potere di farci soffrire è di solito riconosciuto a quelle poche e importanti persone, familiari o amici, che sono legate a noi da affetto e da vincoli di vicinanza. Siamo più vulnerabili al dolore provocato da quelli che amiamo, così come loro sono vulnerabili alla sofferenza che parte da noi. Tendiamo a dimenticare la maleducazione o la mancanza di cortesia di uno sconosciuto occasionale o di un venditore, ma siamo soliti ricordare e rimanere colpiti da un'osservazione irritata o da un commento scortese che proviene da qualcuno che riteniamo importante per il nostro benessere e per la nostra esistenza. Non siamo solo vulnerabili al dolore provocatoci da coloro che amiamo, ma possiamo noi stessi

farli soffrire, spesso sbagliando senza averne l'intenzione.

Si può affermare che il dolore è un'esperienza comune. Ci rendiamo conto di quanto amiamo qualcuno a seconda di quanto quel qualcuno è in grado di farci soffrire. Soffriamo quando quel qualcuno, che noi riteniamo importante per la nostra esperienza, ci causa dolore e viceversa. Paradossalmente abbiamo bisogno di ricevere conforto e sostegno da quegli stessi da cui possiamo ricevere dolore e che, a loro volta, possono soffrire a causa nostra. Non stupisce che l'intimità, quando viene definita come la condivisione dei dolori e della paura di soffrire, sia così difficile da raggiungere e che molte persone vogliano evitarla il più possibile. Da questa affermazione derivano poi tre conseguenze logiche che sembrano paradossali: a) abbiamo bisogno di essere separati, cioè differenziati nei nostri diritti, per essere vicini a coloro che amiamo e per permettere loro di esserci vicini; b) soffriamo e veniamo feriti da coloro che amiamo di più, mentre non soffriamo a causa della gente di cui non ci preoccupiamo; c) abbiamo bisogno di confortare e di essere confortati da coloro che abbiamo fatto soffrire o che ci hanno fatto soffrire.

---

## 12.5 Implicazioni a livello di intervento

Le implicazioni sono molte; possiamo fare qualche cenno anche perché su di esse abbiamo costruito la ricerca empirica.

### 12.5.1 Applicazioni a livello psicoterapeutico

Le persone che chiedono un intervento di questa natura sono individui feriti e sofferenti, oltre che compagni di viaggio. Che il terapeuta lo ammetta o meno, in un modo o nell'altro, in quanto esseri umani, sperimentiamo la sofferenza. Più presto il terapeuta riconosce questa realtà, prima e meglio diventa capace di aiutare se stesso e quelli che hanno bisogno del suo aiuto. I dolori possono essere avvicinati, confrontati e trattati correttamente, trovando un uso funzionale, oppure evitati, tenuti in poco conto, mandati in corto circuito con i conseguenti risultati negativi. L'accostamento, il confronto e la considerazione dei dolori riguardano la modalità empatica con cui si considera se stessi e quelli che si amano. La maggior implicazione di questa posizione, se valida, è che i terapeuti sono chiamati ad aiutare i clienti, ad avvicinare più che a evitare i dolori fin dall'inizio della terapia, per poi procedere verso altri obiettivi. Così essi si trovano nella necessità di elaborare i propri dolori prima di aiutare gli altri ad affrontare i loro. È questa un'ulteriore e più specifica ragione per cui i terapeuti devono fare essi stessi esperienza di terapia.

Certamente è necessaria molta prudenza nello scoprire dei sentimenti profondamente dolorosi, la cui espressione ed esperienza potrebbero essere viste come distruttive dell'esistenza del cliente. Le tecniche possono essere le più diverse; magari c'è da verificare se una modalità scritta possa essere meno dirompente e più fruttuosa di altre. Si può dire che esistono molti modi per aiutare i clienti a esprimere i propri

dolori. Con i bambini e gli adolescenti si possono usare disegni di alberi fantastici e altre espressioni artistiche. Con gli adulti risulta utile far scrivere sugli eventi traumatici della loro vita, per 20 minuti e per 4 giorni di seguito, magari all'inizio della terapia. Con i maschi è utile un lavoro sul proprio corpo, per aiutarli ad avvicinarsi ai propri dolori e per superare le proprie afflizioni in modo che non vengano scaricate sulle donne. Con le coppie è utile far fare esperienza di condivisione dei propri dolori, tenendosi per mano, chiudendo gli occhi e concentrandosi su tutto ciò di doloroso hanno sperimentato o stanno sperimentando (vedi Box 12).

Un aspetto importante sta nell'aiutare il cliente ad assumersi la responsabilità dei dolori inflitti agli altri e ricevuti dagli altri. Al di là delle tecniche per accedere emozionalmente, non c'è scorciatoia sul lavoro terapeutico per evitare la condivisione dei dolori e l'offerta di riferimenti perché essi imparino a lasciare i dolori passati, evitare di collezionarne di nuovi e affrontare la vita liberi dal bagaglio emozionale del passato. Infine, c'è l'aiuto da offrire circa il perdono dei dolori inflitti e ricevuti. È un aspetto che ha certamente connotazioni morali e teologiche, ma anche psicologiche e terapeutiche. Infatti, la tolleranza o l'accettazione possono implicare lo stesso processo al pari della considerazione incondizionata, dal momento che i clienti spesso non hanno sperimentato né l'amore incondizionato né l'intimità nelle loro esperienze passate.

Al di là della terminologia, il processo implica l'abbandono delle esigenze di perfezione, produzione, prestazione e soluzione di problemi in noi stessi, prima di poter esigere le stesse richieste agli altri. Così, perdonare significa rinunciare a tutti i diritti su chi ha provocato la ferita, compresi se stessi, liberando le conseguenze emozionali del dolore. Si tratta di un processo piuttosto lungo e sempre difficile ma necessario. Così i pazienti che hanno subito maltrattamenti, per esempio, hanno bisogno di perdonare l'abusante, dimostrando che possono fare meglio di lui; senza perdonare continuerebbero ad attirare e a collezionare dolori per tutta la vita. Il processo non è a beneficio di chi è stato perdonato che nel frattempo potrebbe essere già morto o risultare irraggiungibile; è necessario per la salute di chi sta perdonando in modo da diminuire l'accumulo dei dolori, rabbia e altre emozioni spiacevoli nella propria vita. Si tratta di qualcosa di più di quanto avviene all'inizio della terapia; con il perdono c'è l'esperienza catartica del piangere, basilare per stabilire l'intimità. Senza la condivisione del pianto, rimane qualche dubbio che i dolori siano sentiti in modo congruo ed espressi con efficacia.

### **12.5.2 Metodologie preventive e formative**

Il punto di partenza è la necessità di raggiungere e aiutare le persone che soffrono, ma che non si ritengono bisognose di psicoterapia. Per esempio, è stato rilevato che molti studenti universitari, apparentemente ben funzionanti, ammettono molti più dolori (traumi) di quanto ci si aspetterebbe, il che fa capire che i dolori sono esperienze molto diffuse. A tal fine c'è bisogno di proposte, da rivolgere alla popolazione in generale, che siano quindi di carattere preventivo e formativo. Le metodologie sono diverse; si può domandare alle persone di scrivere sui propri dolori dando istruzioni

mirate. Scrivere è un mezzo più vantaggioso nel rapporto tra costi-benefici rispetto alla parola parlata, specialmente negli interventi con molte persone. Oppure si può usare un approccio programmato e scritto, basato su un quaderno di lavoro riguardante l'intimità, organizzato in tre lezioni introduttive (“vedere gli aspetti positivi”, “prendersi cura”, “perdonare”) e in altre tre riguardanti direttamente la condivisione dei dolori e della paura di soffrire, oppure l'altro quaderno di lavoro costruito sul modello a spirale dell'intimità. Infine, c'è la possibilità di far sperimentare la prova sulla condivisione dei dolori di cui si parla nel Box 12.

## Box 12 Una prova di condivisione del dolore



La condivisione del dolore è uno degli ingredienti dell'intimità di coppia, anzi è il termometro più efficace della capacità di entrare e rimanere in intimità. Essendo però il dolore un'emozione evasiva, come abbiamo già precisato, non è facile monitorare la capacità di condivisione. Quello che vogliamo presentare è una proposta nata in ambito clinico e, precisamente, nella fase di diagnosi delle coppie in difficoltà in vista dell'offerta di un intervento terapeutico. C'era infatti l'esigenza di monitorare il livello di difficoltà dell'accettazione reciproca. Successivamente, la prova è stata standardizzata e utilizzata anche con persone non cliniche a livello di prevenzione primaria e secondaria per accertare il livello di intimità e discriminare eventualmente le coppie a rischio. Inoltre, c'è anche un interesse più conoscitivo volto a verificare il livello di invasività di questa prova e quindi la proponibilità della stessa alle diverse coppie di tipo coniugale.

L'aspetto dell'invasività non è di poco conto. Traspare nella natura elusiva dell'argomento dolore, come già ricordato, tanto da essere misconosciuto proprio da parte di chi si ritiene consapevole delle proprie emozioni e anche di chi si ritiene studioso esperto nell'area delle emozioni. La difficoltà non è soltanto per il dolore, ma per tutti gli argomenti sensibili, a causa delle minacce che essi pongono, per cui le difficoltà metodologiche e tecniche di studio sono molto forti. Tali argomenti implicano spesso aspetti più vasti di natura etica, politica e legale, strettamente connessi fra loro.

La prima difficoltà è di natura terminologica: il termine sensibile presenta problemi di definizione, in quanto usato come se "si definisse da solo"; per quanto riguarda il dolore, è riconosciuto da tutti che rientra nella categoria degli argomenti sensibili per i quali si prevedono potenziali conseguenze e implicazioni per quanti sono coinvolti. Si avvicinano un po' alle aree della vita sociale circondate da tabù, con riferimenti di natura antropologica e psicoanalitica;

sono argomenti carichi, cioè, di emozioni o che richiamano sentimenti di timore o di terrore, quali il sesso o la morte.

La letteratura indica tre tipi di argomenti sensibili: quando si affronta un argomento di per sé intrusivo, come le aree del privato, lo stress e tutto ciò che si riferisce al sacro; le informazioni sulla devianza in qualche modo stigmatizzanti; l'indagine politica intesa come potere di persone o di istituzioni. Gli studi e gli interventi sul dolore sono certamente del primo tipo. Spesso i limiti imposti a tali argomenti sono esagerati; tuttavia, vale la pena di tenere in considerazione che anche quando non c'è nulla che proibisca di entrare in merito ad argomenti sensibili, ci sono forze potenti che si oppongono alla loro attuazione. Per essi è necessario mettere in atto strategie specifiche per garantire l'attendibilità e non compromettere i partecipanti. In particolare, è necessario stabilire una relazione di fiducia tra l'operatore (formatore, terapeuta o ricercatore) e il partecipante.

L'aspetto di utilità degli interventi sul dolore va sottolineato con forza, anche se gli studi volti a dimostrarne sperimentalmente l'efficacia non sono molti; più numerose sono le esperienze riportate dagli autori interessati alla pratica professionale, quindi studi di casi. Non mancano certamente le riflessioni teoriche<sup>1</sup>. Da tutte queste fonti si ricava che l'esperienza di dolore non soltanto è centrale nella vita psichica delle persone, ma che merita attenzione sia a livello formativo che terapeutico.

Lo studio che desideriamo presentare è stato realizzato dal 1995 al 1996 (Cusinato et al., 1997<sup>2</sup>) nell'ambito dei tirocini pratici previsti dal programma di Psicologia della Famiglia all'Università di Padova. Tra una decina di opzioni, gli studenti potevano scegliere di impegnarsi personalmente, coinvolgendo anche il partner, in una "prova di condivisione del dolore". La condizione posta era che la coppia visse secondo la modalità coniugale da almeno cinque anni e il partner non studente aderisse esplicitamente una volta conosciuti i termini dell'impegno. Allo studente che chiedeva di fare l'esperienza veniva precisato che la prova presentava difficoltà minime di natura metodologica e statistica, ma un forte coinvolgimento sul piano personale e di coppia, per cui doveva preventivamente illustrare nei dettagli il piano di collaborazione al proprio partner e ottenerne l'assenso, firmando il consenso informato, prima di ricevere il materiale di guida dell'esercitazione. Inoltre, veniva assicurato allo studente che il materiale prodotto sarebbe stato revisionato direttamente e solamente dal docente che considerava gli aspetti metodologici al fine di assegnare i crediti stabiliti in vista dell'esame finale: somministrazione dei questionari, analisi dei dati per ottenere punteggi di coppia, stesura del diario. Gli aspetti contenutistici e di esperienza sarebbero andati a tutto vantaggio della relazione

<sup>1</sup> L'Abate L (2011) *Hurt feelings: theory, research, and applications in intimate relationships*. Cambridge University Press, New York, NY.

<sup>2</sup> Cusinato M, Aceti G, L'Abate L (1997) *Condivisione del dolore e intimità di coppia*. FIR, *Rivista di Studi Familiari* 2(81-2):29-44.

di coppia. In questo modo, venivano assicurate la libertà di partecipazione da una parte e una sufficiente motivazione dall'altra. Su questi aspetti erano previsti controlli indiretti con scale di valutazione. Il progetto aveva optato di operare con popolazione non clinica, configurando la prova come "intervento di tipo preventivo".

La prova utilizzava la forma scritta in molte sue parti, sia nella riflessione personale sia nella comunicazione tra i partner e con l'operatore. Tutte le istruzioni erano raccolte in un quaderno comprendente una quarantina di pagine: la prima parte presentava le finalità ed elencava le fasi della prova; la seconda parte comprendeva le indicazioni degli esercizi da attuare, comprese la lettera di presentazione della prova al partner e il consenso informato, il formulario per il diario e le osservazioni da stendere su ciascuna fase; la terza parte comprendeva gli approfondimenti teorici rivolti direttamente e solamente allo studente.

Come si è accennato, il disegno della prova prevedeva pre-test → intervento → post-test. Per la valutazione iniziale e per quella finale si utilizzava il *Questionario di Intimità Coniugale* (SIC; Cusinato, 1992) in modo individuale. La prova riguardava due fasi successive e speculari: ciascuno rispondeva alla consegna individualmente e in forma scritta, a cui faceva seguito un incontro di coppia nel quale ognuno dei due comunicava al partner quanto era riuscito a scrivere con la conclusione dell'esercizio di intimità che richiedeva il coinvolgimento fisico ed emotivo di entrambi. Per la prima fase la consegna individuale era: "Ricordi un fatto specifico per lei doloroso: come è stato vissuto in coppia e come la coppia era prima di quel fatto e come lo è stata dopo". La consegna per la fase successiva era: "Ricordi un fatto specifico in cui lei si è sentita ferita dal partner, come era la coppia prima del fatto e come lo è stata dopo". Per la conclusione della comunicazione di coppia veniva data questa prescrizione: "Sedetevi uno di fronte all'altro, tenetevi con le due mani e chi ha ascoltato dica all'altro: 'Mi rendo conto delle tue sofferenze e ti assicuro che ti sono vicino e solidale con te perché tu sei molto importante per la mia vita. Anche se non posso cambiare la realtà della tua sofferenza, posso però soffrire con te. Tu aiutami perché io possa sempre capire i tuoi stati d'animo e le tue sofferenze'". Nella seconda fase, da fare in uno dei giorni successivi, le parti venivano invertite.

Nella settimana successiva alla prova, ognuno dei partner rispondeva ancora al questionario di intimità. Infine, ciascuna coppia prendeva visione dei risultati dei questionari pre e post ed esprimeva un giudizio sull'esperienza. Infine, lo studente, completate tutte le schede, presentava al docente il lavoro svolto.

Hanno aderito alla prova 36 coppie residenti nelle province di Padova, Milano, Verona e Bologna. I dati raccolti riguardavano così 72 soggetti di età media di 28 anni e 7 mesi (dai 23 ai 50 anni): l'età media dei maschi era di 30 anni e 6 mesi (dai 24 ai 50 anni); per le femmine 26 anni e 8 mesi (dai 23 ai 45 anni). Circa il tipo di relazione, la maggioranza dichiarava una convivenza di

tipo coniugale (72%) rispetto alla coniugalità con matrimonio (28%). Circa la durata della relazione, essa andava da un minimo di 5 anni, come richiesto, a un massimo di 18: la maggioranza era intorno ai 6 anni. Altre variabili considerate erano il titolo di studio, la provincia di residenza e la presenza o meno di figli. Tutti i soggetti della ricerca avevano un titolo di studio di scuola superiore o universitario (ovviamente uno dei due partner era studente universitario in procinto di terminare il curriculum di studi). Circa la residenza, la maggior parte risiedeva nelle province di Padova (50%) e di Milano (28%). Solo il 6% dichiarava di avere un figlio.

Sono state esaminate e classificate in primo luogo le *esperienze di dolore* riferite e le *ferite ricevute dal partner* facendole rientrare in alcune categorie. La valutazione venne realizzata da due giudici che lavorarono indipendentemente, confrontandosi successivamente e discutendo fino a trovare un accordo negli aspetti da valutare sui quali erano in discordanza.

La Tabella 12.1 riporta le esperienze di dolore. Le esperienze di maggior dolore provate dai partecipanti riguardavano le cattive condizioni di salute (riferite per lo più a se stessi, al partner o a uno dei genitori), la morte di una persona cara (riferite per lo più a parenti), la rottura di legami coniugali (soprattutto dei genitori), i problemi di lavoro (perché stressante), i litigi e le discussioni (della coppia, dei genitori o di amici).

L'analoga classificazione delle ferite ricevute dal partner evidenzia diverse categorie (Tabella 12. 2). In ordine di frequenza: il partner viene trattato male, insultato o deluso; esperienze di gelosia (quando uno dei due prepara un esame o lavora con compagni dell'altro sesso; oppure il partner rivede il/la exfidanzato/a); discussioni sulla vita di coppia (su temi generali o specifici come se avere o non avere figli); scelte di vacanze; problemi di lavoro che interferiscono sulla relazione. Questo lavoro di analisi ha messo in evidenza che il dolore deriva direttamente dai compiti evolutivi individuali e di coppia e che perciò non può non rappresentare una dimensione universale dell'esperienza umana individuale e familiare.

I dati del questionario di intimità coniugale pre e post sono stati sottoposti a diverse analisi. Non si sono riscontrate differenze significative tra i due sessi, né in quelli della prima né della seconda somministrazione. Il confronto tra pre- e post-test evidenzia invece che l'esperienza di condivisione del dolore è efficace per migliorare in modo significativo su alcune scale di intimità di coppia, precisamente il *Rispetto dei sentimenti reciproci*, la *Capacità di condividere i dolori* e la *capacità di perdono* (come tendenza). I risultati sono pertanto in linea con le ipotesi che hanno guidato la messa a punto della prova. Non ci sono cambiamenti sulla *Comunicazione dei valori personali*, né sulla *Promozione delle potenzialità*, perché la prova non era incentrata su questi contenuti. Forse si poteva supporre un miglioramento nella scala *Accettazione dei limiti personali*, ma che non apparve. Il miglioramento sulla scala della *Condivisione del dolore* parla da sé ed evidenzia l'importanza di un lavoro

**Tabella 12.1** Categorizzazione delle esperienze di dolore

Categorie di esperienze	% entro ogni categoria	% sul totale
1. Cattive condizioni di salute: - riferite a se stessi o al partner - riferite a uno dei genitori - riferite ai figli - riferite ad amici o parenti	35 35 12 18	24
2. Morte di una persona cara: - riferite a un parente - riferite a un genitore - riferite a un amico	50 25 25	22
3. Rottura del legame di coppia: - riferite ai genitori - riferite a se stessi o al partner - riferite ad amici	58 34 8	17
4. Problemi di lavoro: - lavoro molto stressante - particolari momenti difficili - disoccupazione	38 12 12	11
5. Litigi e discussioni acese: - all'interno della coppia - fra i genitori - fra gli amici - fra i parenti	29 29 29 14	10
6. Esperienza traumatica accaduta a un partner (tentata violenza sessuale subita, ecc.)		6
7. Allontanamento temporaneo tra i partner della coppia		4
8. Altro (impossibilità di tenere in casa un gatto, ecc.)		6
9. Nessuna esperienza dolorosa		1

preventivo: c'è effettivo bisogno di "riappropriarsi del dolore personale" da parte della coppia, almeno dalle esperienze di questi partecipanti che, per definizione, sono non clinici. Circa il *Perdono degli errori*, il risultato è completamente in linea con le ipotesi di partenza; ogni lavoro terapeutico su questa variabile è lungo e non esauribile nella prima fase terapeutica. Va sottolineato poi il chiaro miglioramento sulla scala *Rispetto dei sentimenti personali*; nella fase di progettualità si temeva che la prova portasse a una sua diminuzione se vissuta come troppo invasiva. Questa diminuzione non appare affatto, bensì

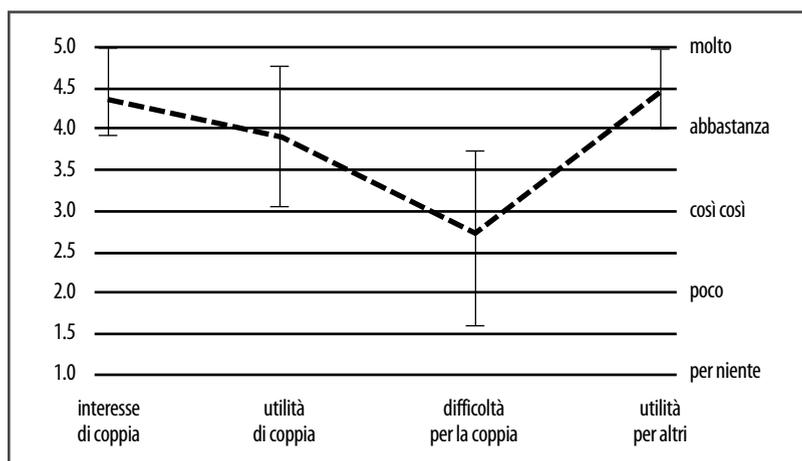
**Tabella 12.2** Esperienze di “ferite ricevute dal partner”

Categorie di esperienze	% entro ogni categoria	% sul totale
1. Vengo trattato male dal partner, insultato; sono deluso in situazioni in cui lui/lei mostra insensibilità		18
2. Situazioni dominate dalla gelosia: - studio/lavoro con compagni di sesso diverso - incontro con ex fidanzato/a - tradimenti del partner	46 38 15	18
3. Discussioni sulla vita di coppia: - il rapporto in generale - l' avere dei figli - il futuro della coppia	44 33 22	12
4. Problemi inerenti le vacanze: - vacanze programmate che saltano - difficoltà di programmazione - vacanze separate	44 28 28	10
5. Problemi di lavoro: - lavoro molto stressante e impegnativo - lavoro che occupa molto tempo - trasferimenti di lavoro	86 14 10	10
6. Cattive abitudini o cose tenute nascoste		7
7. Altro (regali non apprezzati, dimenticanza dell' anniversario, litigio con i familiari, ecc.)		15
8. Nessuna ferita ricevuta		10

l'inverso, il che sta a dire che, se si riescono ad attuare opportune strategie di realizzazione, l'argomento del dolore in ambito preventivo non è affatto un tema *sensibile* sentito come invasivo ai danni della privacy.

A questo proposito ci sono conferme sui giudizi attraverso singole *scale di valutazione* e commenti raccolti e stesi dal partner studente riguardanti: a) *interesse suscitato nella coppia*; b) *utilità della prova*; c) *difficoltà riscontrate*; d) *utilità della prova come esercizio formativo e/o preventivo per le coppie in genere*. Le valutazioni sono state espresse, oltre che con giudizi qualitativi in forma libera, anche su una scala Likert a 5 gradini (per niente, poco, così così, abbastanza, molto) (Fig. 12.1).

I risultati evidenziano che la *difficoltà* è avvertita come moderata, mentre



**Fig. 12.1** Valutazioni dell'esperienza da parte dei partecipanti

*l'interesse personale, l'utilità per la coppia e l'utilità in genere* sono alte. Le valutazioni qualitative sono in linea con i risultati dei dati quantitativi. L'efficacia è stata valutata sulle sei scale del questionario di intimità; l'accettabilità con scale di valutazione individuali e con commenti qualitativi. L'attuabilità è stata verificata mediante scale, osservazioni libere e la concreta attuazione della prova.

L'abbinamento dolore-intimità trova così fondamento non solo sulle riflessioni teoriche, ma anche nell'esperienza concreta delle persone, al di là di ogni retorica detrattoria o di esaltazione. L'universalità del dolore è stata, almeno in parte, intravista nel lavoro di categorizzazione delle esperienze riferite.

Recentemente (gennaio 2013) la prova è stata riproposta con le stesse modalità a 24 coppie che frequentano il primo anno di un corso triennale per operatori familiari volontari, il programma di questo anno di corso riguarda il "prendersi cura della coniugalità". In vista dell'esperienza erano state consegnate e illustrate le istruzioni scritte sui tempi e i modi di realizzazione; non era previsto l'utilizzo del Questionario di Intimità Coniugale; alla fine però venne loro chiesto di mettere per iscritto, in forma anonima, le proprie impressioni e valutazioni, seguendo con libertà una traccia fornita loro.

Ecco un quadro complessivo di quanto hanno riferito. La riflessione individuale è durata in media mezz'ora, il tempo dato al dialogo di coppia andava dai tre quarti d'ora alle due ore, realizzato o di sabato pomeriggio o in un dopo cena, dopo aver messo a letto i figli. Quasi tutte le coppie hanno seguito le indicazioni date: una non riferisce in modo dettagliato e fa alcune riflessioni generiche: è da tener presente che alla moglie mancavano pochi giorni per partorire; un'altra coppia non ha seguito le istruzioni perché "le ha trovate artificiali"; una terza coppia ha portato alcuni cambiamenti ritenuti utili (non precisati).

Una delle raccomandazioni della consegna era di fare il possibile per non avere disturbi (televisione accesa, cellulare aperto, interruzioni per badare ai figli, ecc.): quattro coppie hanno scritto di aver avuto delle interferenze perché i figli si erano svegliati; una ha tenuto il figlio con sé. Un'altra raccomandazione riguardava l'attenzione da avere durante il dialogo per evitare ogni interruzione del partner che sta parlando e soprattutto di non dare giudizi su quanto l'altro sta confidando: tre coppie hanno disatteso questa indicazione.

In una voce della verifica veniva chiesto se l'esperienza era stata fatta più con la "testa", col "cuore", o la "pancia". Sette coppie hanno riportato di aver utilizzato soprattutto la "testa", avendo cioè l'intenzione di fare chiarezza, di capire i fatti e le intenzioni del partner; due coppie hanno distinto: la prima "lui con il cuore e lei con la testa", la seconda indica l'inverso: "lui con la testa e lei con il cuore". Altre due coppie scrivono: "con tutto". Per le rimanenti coppie la prova è stata prevalentemente un'esperienza di "cuore". Ancora una precisazione: due coppie non hanno individuato "dolori o ferite da condividere", una delle quali precisa che sono state condivise esperienze gioiose "perché è più facile e utile". Alla voce che chiedeva il grado di difficoltà sperimentato, sei coppie hanno scritto che è stata una prova impegnativa utilizzando i termini: "difficile", "ero stanco e poco disponibile", "esperienza sofferta", "imbarazzato/a", "mi sono sentito costretto", "per niente semplice". Per le altre coppie non ci sono state particolari difficoltà.

Relativamente ai cambiamenti avvertiti (altra voce di verifica), circa la metà ha risposto negativamente; chi ha risposto affermativamente ha precisato vari aspetti: "Cambiamenti di atteggiamento di uno verso l'altro"; "Immediatamente ci siamo sentiti più distanti, ma il giorno dopo ci siamo riconciliati"; "Più attenzione reciproca"; "Un nuovo modo di essere"; "Più sereni"; "Più vicini". Vale la pena a questo proposito riportare alcune riflessioni puntuali sull'utilità dell'esperienza.

Scriva Gina (questo nome e i successivi sono fittizi): "Ho davvero apprezzato la regola del metodo circa l'atteggiamento da parte dell'ascoltatore, perché io, solitamente, tendo a mettermi sulla difensiva, ma stavolta dovevo solo aprire il mio cuore e accogliere [...] è stata una bella sensazione". Angela: "Questa prova ci ha permesso di concederci un livello di profondità molto diverso dal solito: a suo tempo ne avevamo discusso, ma stavolta abbiamo affrontato la cosa con atteggiamento di apertura e di accoglienza, tutta un'altra cosa". Silvia: "Per me questo lavoro è stato terapeutico: scrivere e poi esprimere quello che ho provato in un momento di sofferenza è stato un atto di puro cuore; niente pancia e niente testa [...] che invece la fanno da padrone durante le discussioni! E lui ha accolto le mie fragilità e le mie sofferenze in modo sincero e sentito, così come io avevo fatto con lui. Questo ci aiuta davvero a considerare superata la sofferenza provata che prima, invece, tornava di tanto in tanto a turbare la nostra serenità [...] avevo davvero tanto bisogno di riuscire a voltare pagina e questa prova ci ha aiutati. Di conseguenza, ci sentiamo più sereni, pur consapevoli

che i risultati vanno mantenuti sul lungo termine ma, per la prima volta, sento il cuore sereno rispetto a questa sofferenza, come se la ferita fosse guarita avendo al contempo la certezza che lui non mi ferirà più [...] mi fido di lui”.

Luca: “L’esperienza è stata difficile per entrambi: per me la difficoltà è stata quella di soffermarmi sul momento che le crea sofferenza perché per me è importante passare subito a risolvere il conflitto; per lei invece il problema è stato quello di parlare con serenità delle esperienze familiari dove conflitto significa separazione”. Graziella: “L’invito ad affrontare questo tipo di argomento, soprattutto per le donne [nota: usa la terza persona per diminuire l’imbarazzo!], soddisfa il desiderio da tempo celato, ma mai esplicitato al partner. Per gli uomini invece si tratta di un argomento che crea un diffuso imbarazzo, come se fosse un problema che si vuole creare artificialmente [...]. Riferendomi ad esperienze specifiche, le donne [ancora!], quando non sono coinvolte nel dolore del marito, interpretano questo come non ritenute degne di piena fiducia [...], si sentono quasi tradite. Riferendosi ad altre esperienze, succede che viene poco rispettato il dolore, viene sottovalutato, quasi banalizzato. In questo caso il silenzio del compagno viene vissuto come svalorizzazione, non rispetto”.

Daniele: “La nostra discussione è durata un paio di ore ed è stata sicuramente costruttiva. In qualche modo ci sono sempre dei bocconi amari da mandare giù, il proprio orgoglio viene comunque toccato. Ma ne vale soprattutto la pena, se ciò può portare a un miglioramento della coppia”. Cristina: “È stato difficile ritornare sulle sofferenze del passato in quanto non erano state superate del tutto, probabilmente proprio perché mai esplicitate e chiarite: questo soprattutto da parte mia. Nell’esperienza c’è stato un coinvolgimento di noi stessi: pensieri, emozioni, affetto, a tal punto che al termine eravamo molto provati [...]. È servito a capire più profondamente l’altro nel suo dolore e a prendere consapevolezza di quanto ci era successo per affrontarlo insieme, non per cancellarlo, in quanto non è possibile, ma perché possa essere indice di un nuovo inizio”.

In realtà, i cambiamenti testimoniati sono delle coppie che hanno fatto l’esperienza mettendosi in gioco di persona e con reciproca disponibilità, più che facendo ragionamenti distaccati, superando stanchezze e preoccupazioni varie, senza avere interferenze, seguendo le istruzioni date e avendo esperienze sofferte da condividere. Sono così emerse le condizioni perché l’esperienza possa risultare utile e indicativa della capacità di entrare in intimità. Per questo è sempre stato detto che la prova della condivisione del dolore è il termometro più sicuro dell’intimità!