Oltre il paradosso dell’immobilità: microcambiamento e trasformazione delle narrazioni nei contesti di cronicità

scritto da Rivista Connessioni | 7 Giugno 2026

di **Lorenzo Atti**

Abitare oggi i contesti della salute mentale per l’età adulta significa confrontarsi con sistemi complessi nei quali la sofferenza non si configura più come un episodio clinico transitorio ma si organizza entro traiettorie esistenziali consolidate. In questo scenario si opera all’interno di una rete di servizi che intervengono lungo percorsi di lunga durata. Essa comprende gli ambulatori territoriali dei Centri di Salute Mentale, i programmi riabilitativi semiresidenziali e le diverse forme di residenzialità terapeutica o socio-assistenziale. L’azione svolta dai servizi sociosanitari territoriali appare frequentemente orientata a paradigmi di stabilizzazione e contenimento delle acuzie. Si tratta di un mandato necessario che, tuttavia, col passare degli anni può favorire forme di immobilismo relazionale, mantenendo la persona entro assetti omeostatici che scoraggiano forme ulteriori di cambiamento. In una prospettiva di cibernetica di secondo ordine, la cronicità non si configura come una proprietà dell’individuo, ma come l’esito delle modalità con cui i sistemi di osservazione partecipano alla costruzione della realtà descritta. Attualmente, le spinte verso l’efficienza gestionale e la standardizzazione degli esiti non rappresentano solo variabili organizzative, ma agiscono come vincoli epistemologici che orientano lo sguardo del clinico quasi esclusivamente verso la regolazione ed eliminazione del sintomo. Questo posizionamento, focalizzato sulla stabilizzazione e sul contenimento della crisi, rischia di rendere l’osservatore cieco alla ricchezza dei contesti di vita e a quegli scarti minimi che non trovano spazio nei protocolli, alimentando pratiche discorsive e assetti relazionali statici che scoraggiano ogni movimento trasformativo e mettono in crisi la possibilità di parlare di “cambiamento”. In aggiunta, il coinvolgimento dei familiari e delle reti sociali scivola sullo sfondo, trasformando la cura in un esercizio di mantenimento omeostatico che satura le possibilità di manovra clinica. La cronicità smette quindi di essere esito di una categoria psicopatologica riferita a un quadro diagnostico, per indicare invece una configurazione relazionale e istituzionale stratificata, co-costruita dalla

persona, dai familiari e dai curanti e alimentata da routine comunicative ripetitive e da narrazioni che saturano l'identità della persona attraverso la lente del disturbo (Fruggeri, 1997). In questo scenario, il presente contributo propone la prospettiva del microcambiamento, inteso come l'osservazione intenzionale e la valorizzazione di scarti minimi nel linguaggio e nei posizionamenti relazionali. Tali variazioni, agendo come inneschi trasformativi tra le pieghe della ripetizione, permettono di riattivare l'*agency* proprio laddove il sistema appare saturato e stabilizzato dalla diagnosi.

Entro tale cornice, la collaborazione tra servizi pubblici e Terzo Settore non rappresenta solo una necessità gestionale, ma apre spazi di potenziale risignificazione delle traiettorie di cura. Il privato sociale, in questo senso, diventa un campo di osservazione ed intervento privilegiato per intercettare movimenti trasformativi altrimenti invisibili. L'operare come psicologo e coordinatore entro un'associazione di volontariato mi ha permesso, nel corso degli anni, di posizionarmi in una zona di confine tra l'istituzione e la vita quotidiana, tra la dimensione clinica (nutrita dal costante confronto con la rete dei servizi territoriali) e quella comunitaria (legata alla missione valoriale e alla promozione della cittadinanza attiva). Nel contesto del volontariato, l'attenzione si sposta dai sintomi ai determinanti sociali della salute, quali la partecipazione e l'esercizio della cittadinanza, incontrando persone la cui esistenza è profondamente segnata dai mandati, spesso paradossali, delle reti di cura, come le micropratiche di assistenza continua che, sebbene formalmente orientate a conferire autonomia, rischiano di alimentare l'immobilismo relazionale. La cronicità non rappresenta un dato, ma un processo in continua rigenerazione entro le trame dei servizi, dove operatori e volontari diventano parte integrante del campo relazionale allargato. Sebbene i processi di coprogettazione rischino spesso di ridurre il privato sociale a una mera estensione operativa dei servizi, è proprio in questi contesti che la postura sistemica dello psicoterapeuta può risignificare l'intervento e aprire prospettive differenti. L'obiettivo si sposta così dalla "guarigione" di una condizione definita cronica alla valorizzazione del microcambiamento all'interno della medesima cornice: un'osservazione intenzionale di variazioni minime nel linguaggio e nei posizionamenti relazionali che agiscono come inneschi trasformativi nel quotidiano. In questa prospettiva, la cura non è più un esito macroscopico, ma la capacità di intercettare la forza generativa di piccoli scarti situati tra le pieghe della ripetizione. Queste micro-variazioni, come uno spostamento lessicale o un'iniziativa inattesa, non sono semplici eventi casuali, ma atti dotati di una forza implicativa capace di risalire i livelli di significato fino a ridefinire l'immagine di sé e della relazione. L'intervento dell'operatore permette di far sì che queste forme di comportamento smettano di essere un dato isolato per diventare elementi significativi all'interno della relazione, trasformando un gesto marginale nel punto di avvio di una narrazione differente. Il microcambiamento, dunque, non punta all'eliminazione della cronicità, ma all'introduzione di differenze che riattivano il protagonismo della persona proprio laddove il sistema appare saturato e stabilizzato. Quando l'etichetta diagnostica assorbe ogni possibilità di riconoscimento sociale, la cronicità smette di essere una condizione clinica per diventare la coordinata identitaria della persona.

Sorge allora l'interrogativo che guida questo lavoro: come è possibile intercettare il movimento là dove sembra esserci solo ripetizione? La risposta risiede nel riconoscere al microcambiamento la dignità di una forma piena, consapevole e rigorosa di pratica clinica, capace di introdurre scarti significativi entro sistemi apparentemente congelati. Si tratta di saper cogliere variazioni minime nelle trame narrative e nei comportamenti quotidiani, spesso invisibili a uno sguardo centrato sul deficit, e di sostenerle affinché non restino episodi isolati. Quando questi scarti vengono riconosciuti e connessi entro una cornice dialogica, possono generare movimenti trasformativi, facendo dei contesti del Terzo Settore spazi terapeutici diffusi e riaprendo traiettorie di *agency* e cittadinanza attiva proprio laddove domina la saturazione della diagnosi.

La cronicizzazione come configurazione relazionale

Riconoscere la dignità del microcambiamento richiede di mettere in discussione la visione tradizionale di cronicità. In ambito psichiatrico, essa è comunemente intesa come persistenza nel tempo di sintomi severi, scarsa risposta ai trattamenti e stabilizzazione del disturbo come condizione individuale duratura, spesso associata a un progressivo deterioramento funzionale. Attraverso una lente sistemico-relazionale, la cronicità si rivela piuttosto come una configurazione relazionale stabilizzata: un equilibrio omeostatico che coinvolge l'intero sistema di cura, dai familiari ai professionisti. In tale assetto, la condizione cronica coincide con la cristallizzazione di un'identità in cui la persona assorbe ogni possibilità di riconoscimento sociale entro l'etichetta diagnostica. Si configura così quella che Goffman (1961) definisce una "carriera psichiatrica": la vita viene progressivamente appiattita su routine comunicative ripetitive e l'individuo finisce per definirsi esclusivamente attraverso il prisma del disturbo.

La cristallizzazione dell'identità cronica non si realizza soltanto attraverso attribuzioni negative, ma anche tramite forme di riconoscimento apparentemente positive. Un esempio calzante di questa dinamica si rintraccia nell'evoluzione delle rappresentazioni sociali del malato psichico. Storicamente, il contrasto ai pregiudizi egemoni dell'era manicomiale è stato affidato a narrazioni minoritarie di segno opposto che hanno cercato di umanizzare il paziente attraverso un approccio più benevolo. Tuttavia, queste definizioni, pur se animate da intenzioni accudenti – si pensi all'uso di termini quali "speciale" o "estremamente sensibile" – finiscono spesso per agire come nuove etichette saturanti. Esse continuano infatti a ricondurre l'intera identità del soggetto alla sua sola condizione di fragilità, precludendo l'accesso a immagini di sé più ampie e plurali e mantenendo la persona entro un perimetro identitario asfissiante che, di fatto, ne invalida le competenze reali e ne blocca ogni possibilità di cambiamento. Ciò si osserva quando le attività quotidiane vengono delegate ai familiari o quando, nei contesti di socializzazione, la persona si presenta solo attraverso la propria diagnosi. Entro questa dinamica, l'azione dei servizi territoriali risente di un paradosso legato al mandato di stabilizzazione e contenimento delle acuzie. Sebbene necessario, la ricerca di equilibrio rischia di generare un immobilismo relazionale in cui ogni

variazione è percepita come una minaccia alla stabilità raggiunta. Ne sono esempio alcune assunzioni rigide, come l'idea che determinate forme di assistenza siano inevitabili, che avallano implicitamente la diagnosi come unica chiave esplicativa. Si produce così una tensione tra gli slanci di iniziativa della persona e una gestione iperprotettiva che, pur mossa da un intento accudente, finisce per squalificarne le competenze. Questi assetti trovano stabilità in quelle che Bateson (1972) definisce "spiegazioni dormitive": tautologie che bloccano il pensiero sul cambiamento rinominando il fenomeno senza spiegarne i processi. È il circuito in cui si sostiene che un utente "si isoli perché è fragile e sia fragile perché si isola", o che l'esclusione dal lavoro diventi la prova della sua incapacità, confermandone il disagio. In tali sistemi, ogni accenno di autonomia viene percepito come una minaccia all'equilibrio, inducendo la rete a confermare il ruolo di paziente dell'altro. Spostare lo sguardo sulle dinamiche relazionali permette di leggere la cronicità non come un destino, ma come l'esito di processi interattivi perturbabili. Valorizzare il microcambiamento significa dunque agire intenzionalmente sulle premesse narrative e sui posizionamenti che mantengono l'omeostasi, intercettando quegli scarti che trasformano la staticità in una storia nuovamente in movimento. È proprio in questi scarti che l'azione clinica restituisce *agency* e possibilità di scelta.

Oltre la riduzione del sintomo: il microcambiamento come risignificazione

Se la cronicità è il prodotto di assetti relazionali stabili nel tempo, il cambiamento non può ridursi alla sola remissione sintomatologica. Il microcambiamento si configura invece come una variazione minima ma densa di forza implicativa, capace di perturbare la rigidità di una storia cristallizzata dalla diagnosi. A differenza delle trasformazioni delle regole del sistema, tipiche dei cambiamenti di secondo ordine e caratterizzate da discontinuità, il microcambiamento opera sul piano della continuità. Si manifesta come una variazione apparentemente interna alle regole esistenti che in quanto tale viene ignorata dal sistema, ma che attraverso la sua ripetizione e valorizzazione può generare una trasformazione più profonda dei livelli di significato. In questo senso, questo tipo di approccio riconosce quegli scarti quotidiani che, pur apparendo come variazioni di primo ordine (Watzlawick, Weakland e Fisch, 1974), contengono il seme di una mutazione strutturale. L'azione clinica si orienta così verso il riconoscimento di variazioni incrementali: il compito dello psicoterapeuta non è indurre rotture, ma intercettare, sostenere e connettere i segnali di novità fin dal loro primo emergere, agendo primariamente sul contesto affinché tali scarti possano essere legittimati e resi riproducibili nel tempo da più parti del sistema. Il lavoro si estende quindi alle famiglie e alle istituzioni, perché siano in grado di accogliere la novità senza riassorbirla, evitando che ogni accenno di movimento venga neutralizzato nel tentativo di preservare l'omeostasi. Un esempio concreto si osserva quando una persona con una lunga storia di isolamento assume spontaneamente la responsabilità di un compito minimo, come l'annaffiare le piante, spazzare il pavimento o aiutare un'altra persona durante un'attività, ridefinendo il proprio Sé in termini di competenza. Allo stesso modo, nell'ambito della clinica privata, il gesto di una paziente che decide autonomamente di apporre un cartello sulla porta di casa per regolare

l’accesso dei familiari rappresenta un microcambiamento che, se sostenuto dal sistema, trasforma un atto minimo in una nuova narrazione di autonomia. Per intercettare e dare rigore a questi movimenti, ho scelto di avvalermi del modello della Coordinated Management of Meaning di Pearce e Cronen e dell’approccio delle trame narrative di Sluzki. La ragione di questa scelta risiede nella necessità di dotarsi di lenti teoriche capaci di passare dalla semplice cronaca degli eventi alla grammatica dei significati. Questi strumenti consentono di leggere come piccoli scarti possano incidere sui livelli di senso, offrendo una mappa per comprendere come il microcambiamento riapra possibilità di azione all’interno di sistemi stabilizzati.

Mappare i significati: la lente del *Coordinated Management of Meaning* (CMM)

Per mappare questi significati, il modello della Coordinated Management of Meaning (CMM) di Pearce e Cronen (1980) offre una griglia di osservazione preziosa. La distinzione tra forza contestualizzante e forza implicativa permette di comprendere come un episodio o un atto linguistico possano incidere sui livelli di senso più ampi. Nei sistemi cronicizzati, dove la diagnosi orienta rigidamente il significato di ogni comportamento, un’iniziativa inattesa rischia di essere riassorbita come evento marginale. L’intervento sistemico agisce sostenendo la forza implicativa di questi scarti minimi: l’obiettivo è che un gesto inatteso non resti un’eccezione, ma che venendo reiterato risalga la gerarchia dei significati fino a incrinare la definizione identitaria di “paziente passivo”. La CMM non serve dunque a descrivere la realtà, ma a coordinare gli atti linguistici e gli episodi affinché aprano nuove linee narrative coerenti con la biografia interna dominante legata alla cronicità e alla diagnosi. In un laboratorio di socializzazione, quando una persona si propone per un compito di responsabilità, questo gesto, se riconosciuto dal sistema, può incrinare l’immagine del “paziente passivo” e ridefinire la collocazione della persona in termini di competenza e di risorse. Per fare ciò, è necessario che, ad esempio, ad una biografia interna di malattia possa affiancarsi col tempo una biografia di competenza, merito e valore. Analogamente, nei contesti di cronicità psichiatrica, un’iniziativa minima – come prendere parola in un gruppo, sostenere un altro partecipante o richiedere uno spazio di parola nel confronto tra curante e familiare – può rappresentare uno scarto che, se accolto e rilanciato non come “eccezione” ma come postura differente, inizia a modificare gli assetti relazionali entro cui la persona è definita e può definirsi. Utilizzata come mappa di osservazione, la CMM consente di collocare i microcambiamenti entro questa trama di significati. Il lavoro clinico non consiste nel sostituire la narrazione della cronicità con un’alternativa, né nel mettere direttamente in discussione i perimetri istituzionali, ma nell’introdurre episodi capaci di aprire linee narrative ulteriori accanto a quella dominante. Nei contesti del Terzo Settore ciò avviene attraverso pratiche situate di partecipazione, in cui la persona può sperimentare posture diverse da quelle abituali. Quando questi episodi vengono riconosciuti e connessi a livelli di significato più ampi, possono progressivamente trasformare il modo in cui la persona prende posto nelle relazioni. In questa prospettiva il microcambiamento non elimina la cronicità, ma contribuisce a renderla più abitabile, introducendo differenze che riattivano spazi di azione all’interno di

storie che sembravano definitivamente bloccate.

Dalle storie vincolanti a nuove narrazioni generative: le trame narrative di Sluzki

In dialogo con la CMM, la prospettiva di Sluzki (1992) consente di riconoscere e intervenire sulle trame narrative che, nei contesti di cronicità, tendono a restringere il campo delle possibilità entro definizioni stabili e apparentemente immutabili. Lavorare sui microcambiamenti significa introdurre scarti minimi nelle modalità con cui l'esperienza viene narrata, agendo sulle dimensioni del tempo, dei contesti e delle attribuzioni causali. Reintrodurre la temporalità, ad esempio, permette di trasformare un enunciato fisso come "non è capace" in una formulazione situata del tipo "in questo momento della sua storia non ha ancora trovato il modo di provare". Questo spostamento narrativo consente anche di passare da letture causalistiche e riduttive, che attribuiscono direttamente al disturbo l'origine delle difficoltà, a una esplorazione più ampia delle condizioni in cui tali difficoltà si sono costruite e mantenute nel tempo, interrogando le opportunità di esperienza, i contesti di apprendimento e le traiettorie relazionali che hanno reso possibile, o impedito, l'emergere di certe competenze. Questo slittamento linguistico non è un semplice esercizio semantico, ma un atto clinico che restituisce contesto e possibilità di movimento. Spostando l'attenzione dal presunto difetto interno alle dinamiche relazionali, il lavoro narrativo intercetta i momenti in cui la persona assume una posizione attiva, rendendola nuovamente visibile come soggetto agente all'interno della propria storia. L'intervento sistemico mira così a rendere osservabili i diversi contesti di vita e le modalità con cui essi si coordinano, rileggendo gli episodi non come espressioni di deficit, ma come eventi situati entro un campo relazionale complesso. In questo modo si riaprono margini di azione e diventano visibili configurazioni di scambio meno rigide. Il microcambiamento narrativo consiste quindi nell'intercettare e valorizzare anche minimi spostamenti di posizione: un'iniziativa in un laboratorio, una richiesta ai curanti o la decisione di prendere parola in un gruppo possono diventare segnali di competenza se inscritti in una trama narrativa più ampia. Non si tratta di sostituire le storie di malattia, ma di renderle attraversabili da significati ulteriori, capaci di affiancare e progressivamente ampliare la narrazione dominante. In questa prospettiva, il lavoro dello psicoterapeuta consiste nel connettere questi piccoli scarti a configurazioni narrative più ampie, trasformando le interazioni quotidiane in occasioni di lavoro clinico e restituendo alla persona la possibilità di riconoscersi come co-autrice della propria traiettoria esistenziale. In contesti di volontariato, ciò implica anche un lavoro intenzionale sul contesto, volto a coinvolgere i diversi attori della rete nella costruzione e nel riconoscimento di nuove possibilità narrative condivise.

Il Terzo Settore come laboratorio sistemico: episodi di competenza

Il contesto operativo in cui la postura sistemica trova la sua declinazione pratica è una realtà di volontariato del Terzo Settore, nata dall'iniziativa di familiari e consolidatasi nel tempo come interlocutore del sistema di salute mentale territoriale. Essa si configura come un

dispositivo relazionale di comunità, un *setting* intermedio tra il servizio sanitario e la vita quotidiana, capace di favorire l'assunzione di ruoli e la costruzione di legami attraverso la partecipazione. Abitare questo spazio di confine come psicologo e coordinatore richiede una specifica postura epistemologica che rinunci alla pretesa di normalizzare il comportamento dell'altro. La funzione del coordinatore si concretizza nell'agire come un nodo di rete incaricato di tradurre le linee strategiche del Consiglio Direttivo in azioni quotidiane coerenti con la mission associativa. Operativamente, questo ruolo richiede di abitare una posizione di frontiera per connettere interlocutori dai mandati spesso divergenti: dai servizi psichiatrici pubblici, con i quali si negoziano i percorsi di inserimento e i vincoli delle convenzioni, ai volontari e ai soci partecipanti. Coordinare, in questa accezione sistemica, significa rinunciare a un mansionario individuale calato dall'alto per farsi esperti di processi, capaci di facilitare la comunicazione tra i sottosistemi e promuovere una reale corresponsabilità. Attraverso una postura metacomplementare, il coordinamento non si sostituisce all'iniziativa dell'altro ma la orienta, trasformando la gestione della complessità organizzativa in un atto clinico che prepara il terreno per l'emergere dei microcambiamenti. Come suggerito da Cecchin (1987), una posizione di curiosità consente di sospendere il giudizio clinico per interessarsi all'unicità delle storie, ricercando coerenze e risorse laddove la lente diagnostica tende a evidenziare solo mancanze. Questo posizionamento non correttivo rappresenta la condizione essenziale per intercettare gli episodi di competenza: quegli scarti minimi del quotidiano che, se non riconosciuti, rischierebbero di restare invisibili o di essere riassorbiti dalla narrazione dominante della cronicità. In questa prospettiva, il cambiamento nelle zone di confine non passa attraverso trasformazioni macroscopiche, ma si nutre di micro-variazioni nel linguaggio e nei posizionamenti relazionali. Assumere questa posizione richiede al clinico una costante sospensione del mandato di stabilizzazione che spesso proviene dai servizi invianti. Nel ruolo di coordinatore, ho avvertito frequentemente la tensione tra la richiesta istituzionale di un monitoraggio orientato alla sicurezza, volto a garantire l'assenza di crisi, e la necessità clinica di lasciare spazio all'imprevisto. Praticare questa forma di esitazione riflessiva non significa sottrarsi alla responsabilità, ma scegliere intenzionalmente di non colludere con l'aspettativa di immobilità che attraversa le reti di cura. Si tratta di una resistenza consapevole alla spinta verso l'efficienza gestionale, che consente di sostare nell'incertezza come spazio generativo. È proprio attraverso questo rallentamento del giudizio che diventa possibile non lasciarsi assorbire dalla logica della cronicità, mantenendo lo sguardo aperto su quegli episodi di competenza che una vigilanza troppo rigida finirebbe per soffocare. Attraverso le traiettorie di Rosaria e Vincenzo, osserveremo come le lenti della CMM e delle trame narrative permettano di intercettare e sostenere i microcambiamenti entro questi contesti, trasformando piccoli scarti situati nel quotidiano in occasioni per ridefinire i posizionamenti identitari entro sistemi segnati dalla cronicità.

Il caso di Rosaria: dalla delega alla competenza situata

Rosaria, sessant'anni e una storia segnata da una diagnosi di schizofrenia, abita un assetto familiare in cui il fratello maggiore detiene una delega quasi totale sulla sua esistenza. In

questo scenario, la saturazione della diagnosi agisce come un magnete che assorbe ogni spazio di iniziativa individuale, riducendo l'identità a una sequenza di mancanze. Nelle prime fasi del laboratorio, Rosaria tendeva a presentarsi esclusivamente attraverso l'etichetta patologica, ritirandosi da ogni proposta e confermando, col proprio silenzio, quella presunta incapacità che sembrava l'unica coordinata possibile del suo stare al mondo. L'intervento non si è orientato verso una ristrutturazione verbale del sintomo, ma ha cercato di costruire micro-episodi di partecipazione attraverso un compito circoscritto: l'annaffiatura delle piante. Utilizzando la lente della CMM, questo gesto minimo è stato punteggiato come un episodio comunicativo denso. Il riconoscimento costante da parte del gruppo ha permesso a questo scarto di agire con forza implicativa, risalendo la gerarchia dei significati fino a intaccare l'immagine di sé. Nel tempo, la narrazione di Rosaria è migrata verso i temi della cura e della responsabilità, raggiungendo un punto di svolta quando le è stato chiesto di trasmettere la propria competenza a un altro partecipante. Questo microcambiamento ha generato una risonanza nel sistema familiare, dove il fratello ha iniziato a intravedere spazi di autonomia, incrinando la logica della delega iperprotettiva. Quando questi piccoli scarti vengono riconosciuti e connessi dal clinico, cessano di essere eccezioni marginali per diventare premesse di nuovi posizionamenti. Oggi Rosaria abita un racconto meno stigmatizzante e il suo desiderio di impegnarsi nel volontariato mostra come il microcambiamento possa rendere nuovamente abitabile una storia che la cronicità aveva reso immobile.

Il caso di Vincenzo: il gaming come varco relazionale

Se il percorso di Rosaria mostra il valore del compito concreto, la vicenda di Vincenzo illumina come l'abitare linguaggi familiari e la rinegoziazione dei significati diagnostici aprano varchi entro un conflitto identitario tra bisogno di normalità e appartenenza ai circuiti di cura. Inizialmente, la sua posizione ai laboratori sembrava imprigionata in un circuito riflessivo bizzarro: ogni slancio verso l'autonomia veniva letto dal sistema come un segno di instabilità, riportandolo forzatamente entro la cornice della diagnosi e confermando, in modo ricorsivo, la sua identità di paziente. Il microcambiamento decisivo è emerso attraverso un canale inaspettato: la creazione di un gruppo online dedicato ai videogiochi. Entrare in questo terreno relazionale, non connotato in senso psichiatrico, ha permesso di trasformare l'episodio da prestazione riabilitativa a momento di socialità paritaria, incidendo profondamente sulla definizione della relazione. Questa nuova base sicura ha reso possibile un secondo passaggio: l'espressione di una curiosità inedita verso il tema della diagnosi, rinegoziata non più come etichetta subita, ma come un linguaggio condiviso attraverso cui nominare la fragilità senza esserne assorbiti. Tale slittamento ha incrinato il circuito bizzarro tra rifiuto dell'aiuto e ritiro sociale, sfociando in un'iniziativa autonoma carica di valore simbolico: Vincenzo ha chiesto che lo psicologo dell'associazione partecipasse al colloquio con la nuova psichiatra del servizio pubblico per testimoniare il percorso vissuto. Attraverso questo micro-slittamento, la cura è stata risignificata da imposizione esterna a spazio di allenamento relazionale scelto, permettendo a Vincenzo di riappropriarsi di una possibilità di scelta e di posizionarsi come risorsa attiva nella propria traiettoria esistenziale.

La “Crepa nella bolla”: la postura del microcambiamento nello studio privato

Lo spostamento di prospettiva verso la dimensione clinica dello studio privato avviene in piena continuità con le riflessioni maturate nel Terzo Settore. Anche in questo ambito, la cronicità non viene intesa come una proprietà della diagnosi, ma come una configurazione relazionale stabilizzata. Se il contesto associativo si configura come un dispositivo comunitario dove il cambiamento è mediato dalla socialità e dalla partecipazione paritaria, il setting clinico richiede un restringimento del campo per intercettare le trame comunicative più profonde. Mentre in associazione l’operatore agisce come parte di un sistema terapeutico diffuso, nello studio privato la funzione di cura si gioca interamente nella negoziazione dei significati e nel rigore della conversazione terapeutica. Il caso che segue, pur riguardando un ritardo intellettivo congenito e non una condizione psichiatrica, evidenzia come le medesime logiche sistemiche operino entro quadri differenti. In questo spazio, l’assetto del clinico muta: dalla funzione di coordinamento e interfaccia in una rete di confine a quella di psicoterapeuta nel setting individuale, impegnato in una relazione interattiva a due. È in questa transizione che il microcambiamento assume una valenza clinica specifica, agendo come una crepa capace di aprire varchi narrativi entro sistemi resi impermeabili dalla cronicità. Seguendo la prospettiva di Anderson e Goolishian (1988), l’intervento mira a perturbare il sistema determinato dal problema, risignificando i sintomi non come deficit statici, ma come tentativi di comunicazione entro campi relazionali complessi. L’attenzione resta rivolta ai processi minimi, mostrando come una postura sensibile alle variazioni possa riaprire possibilità di movimento anche all’interno di storie apparentemente rigide.

Il caso di Agnese: il cartello sulla porta come atto di agency

Un esempio significativo di queste dinamiche emerge nel percorso di una donna di 49 anni, giunta in consultazione per liti di coppia frequenti ed esplosive. Il sistema familiare è segnato da una forte contiguità abitativa: Agnese e il compagno vivono infatti nello stesso edificio della madre di lei, la cui presenza si manifesta in forme costantemente intrusive. Episodi apparentemente banali, come l’ingresso improvviso della madre in casa senza bussare per richiedere un caffè durante la cena, diventavano sistematicamente il fulcro di violenti scontri nella coppia. Agnese percepiva la tendenza del partner ad assecondare tali richieste come una squalifica della propria posizione adulta, sentendosi esclusa dalla gestione dei confini della propria casa. In questo assetto, la diagnosi di ritardo intellettivo agiva come un perimetro stigmatizzante, orientando l’intero sistema, incluso il mio approccio iniziale. Tuttavia, il fatto che tale strumento rimanesse sistematicamente in bianco ha agito come un indicatore narrativo prezioso: la terapia rischiava di configurarsi come un ulteriore spazio di controllo esterno, rinforzando involontariamente quella narrazione di non funzionalità e colludendo con l’immagine di fragilità portata dai familiari. Grazie alla supervisione, la mia prospettiva è stata riformulata abbandonando l’intento correttivo per leggere la rabbia come un tentativo di rivendicare un ruolo attivo nella triade familiare. Il punto di snodo è stato un gesto spontaneo, riferito quasi accidentalmente nel corso di una seduta e inizialmente privo,

per il sistema di Agnese, di una particolare rilevanza. Restituire peso clinico a questo episodio è stata l'operazione fondamentale dell'intervento, laddove la narrazione familiare tendeva a lasciarlo inascoltato o a derubricarlo a evento marginale. Agnese aveva affisso un cartello fuori dalla porta di casa con la scritta: "se vuoi entrare, suona". Si trattava di una rottura drastica rispetto al passato, quando quasi ogni tentativo di arginare le invasioni della madre veniva gestito e delegato al compagno, confermando Agnese in una posizione di fragilità e passività. Attraverso la lente della CMM, ho osservato come questo atto linguistico fosse investito di una profonda forza implicativa: esso trasformava l'accesso automatico della madre in una negoziazione attiva e l'identità della paziente da posizione fragile a soggetto capace di definire, in prima persona, una regola e un confine. Questo microcambiamento ha incrinato l'equilibrio iperprotettivo, costringendo i familiari a riconoscerle un potere decisionale inedito. In linea con il lavoro di esternalizzazione di White ed Epston (1990), la rabbia è stata così risignificata come un segnale relazionale di ricerca di ascolto, permettendo di transitare da un lessico del deficit a uno orientato alla competenza. Il percorso si è chiuso con la metafora della crepa, evidenziando come, anche entro sistemi complessi, sia possibile ampliare spazi di autonomia partendo da minimi slittamenti nelle posture. Il percorso mostra come il lavoro del terapeuta nei contesti di cronicità non riguardi trasformazioni macroscopiche, ma l'attenzione a movimenti minimi. Passare da un lessico centrato sul deficit a uno orientato alla competenza significa riconoscere che il sintomo acquista senso entro circuiti relazionali. In questa prospettiva, la stanza di terapia diventa uno spazio in cui micro-slittamenti linguistici e posizionamenti diversi perturbano la staticità della diagnosi. La continuità tra Terzo Settore e clinica privata emerge in questo rigore metodologico: sia nei contesti associativi sia nel setting terapeutico, l'intervento sistemico intercetta la forza implicativa del gesto minimo, capace di riaprire traiettorie di scelta. È su questa circolarità tra contesti e sulla postura dell'operatore come parte del campo relazionale che si fondano le implicazioni operative e le riflessioni conclusive.

Considerazioni conclusive

Rileggere la cronicità come una configurazione relazionale e narrativa stabilizzata significa sottrarla al dominio del destino biologico per restituirla alla dimensione della cura. Attraverso le storie di Rosaria e Vincenzo, e il lavoro nel setting clinico, emerge con chiarezza come il microcambiamento non coincida con il singolo evento di differenza osservato, ma con l'assetto relazionale e operativo che viene costruito attorno ad esso. Non è il gesto in sé a produrre trasformazione, ma il modo in cui viene riconosciuto, raccolto e rilanciato all'interno del sistema: il microcambiamento prende forma nel lavoro dello psicoterapeuta che lo mette in evidenza, lo connette ad altri livelli di significato e ne sostiene la possibilità di reiterarsi e ampliarsi nella rete relazionale. Intercettare uno scarto lessicale o un gesto di definizione dei confini significa allora agire con intenzionalità sulla forza implicativa dei processi, perturbando l'omeostasi che tende a ridurre l'identità della persona a una sequenza di mancanze. La continuità tra Terzo Settore e clinica privata risiede in una medesima postura clinica: la capacità di stare nelle zone di confine riaprendo traiettorie di protagonismo

laddove domina la cristallizzazione della diagnosi. In questa prospettiva, lo spazio dell'associazione funziona come un dispositivo relazionale intermedio capace di sospendere temporaneamente l'etichetta di "paziente" e di validare socialmente nuovi ruoli di partecipazione. Rinunciare alla pretesa di trasformazioni macroscopiche non riduce l'ambizione della clinica, ma ne riafferma il rigore metodologico. Il compito dello psicoterapeuta si declina così nel facilitare movimenti minimi, garantendo che ogni piccola crepa nei sistemi saturi non resti un episodio isolato, ma diventi l'avvio di una nuova possibilità narrativa. È in questi scarti, sostenuti e resi visibili, che la cura si rigenera, trasformando la staticità della cronicità in una storia nuovamente in movimento e restituendo alla persona la possibilità di riconoscersi come co-autrice della propria traiettoria esistenziale.

Bibliografia

Anderson, H., & Goolishian, H. A. (1988). Human systems as linguistic systems: Preliminary and evolving ideas about the implications for clinical theory. *Family Process, 27*(4), 371–393.
Bateson, G. (1972). *Steps to an ecology of mind*. Chandler. (Trad. it. *Verso un'ecologia della mente*, Adelphi, 1978).
Cecchin, G. (1987). Hypothesizing, circularity, and neutrality revisited: An invitation to curiosity. *Family Process, 26*(4), 405–413.
Fruggeri, L. (1997). *Famiglie e servizi: processi di costruzione della domanda*. Carocci.
Goffman, E. (1961). *Asylums: Essays on the social situation of mental patients and other inmates*. Anchor Books.
Pearce, W. B., & Cronen, V. E. (1980). *Communication, action, and meaning: The creation of social realities*. Praeger.
Sluzki, C. E. (1992). Transformations: A blueprint for narrative changes in therapy. *Family Process, 31*(3), 217–230.
Watzlawick, P., Weakland, J., & Fisch, R. (1974). *Change: Principles of problem formation and problem resolution*. W. W. Norton.
White, M., & Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. W. W. Norton.