

CAMBIA-MENTI

Rivista dell'Istituto di Psicoterapia Sistemica Integrata

volume 1/2012

**Clinica sistemica:
verso un approccio integrato**

idipsi

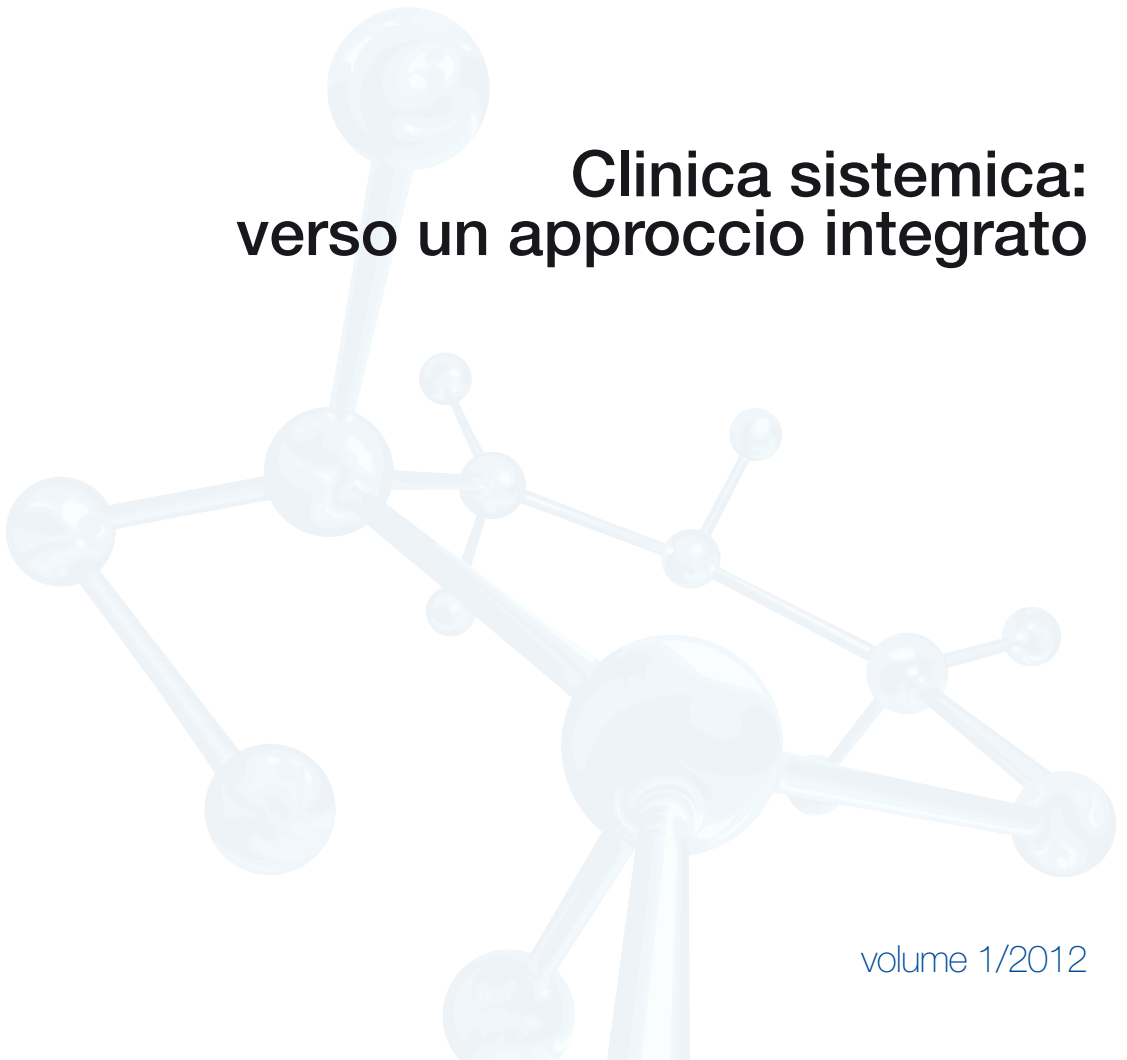


Istituto di Psicoterapia
Sistemica Integrata

CAMBIA-MENTI

Rivista dell'Istituto di Psicoterapia Sistemica Integrata

**Clinica sistemica:
verso un approccio integrato**



volume 1/2012

Direttore Responsabile

Antonio Restori

Direttore Scientifico

Mirco Moroni

Coordinamento redazionale

Barbara Branchi, Valentina Nucera, Monica Premoli, Alessia Ravasini

Redazione

Alberto Cortesi, Fabio Sbattella, Gabriele Moi, Paola Ravasenga, Gianfranco Bruschi, Gianandrea Borelli, Nadia Locatelli, Fabiana D'Elia, Elisabetta Magnani, Stefania Pellegrini, Valeria Lo Nardo, Paolo Persia

Comitato Scientifico

Marco Bianciardi (Torino), Paolo Bertrando (Milano), Umberta Telfener (Roma), Gabriela Gaspari (Lecco), Pietro Pellegrini (Parma), Gwyn Daniel (Londra), Lucia Giustina (Novara).

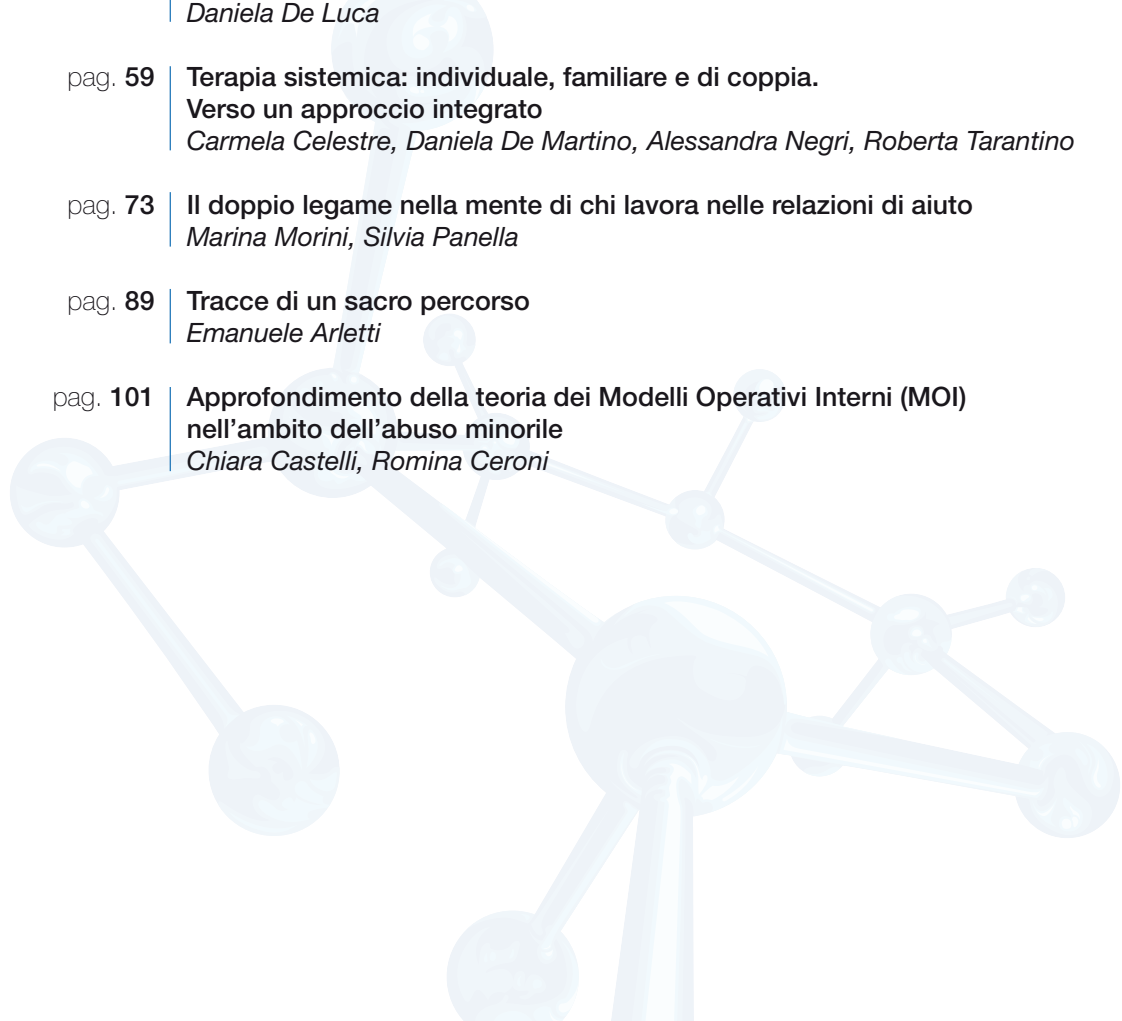
Segreteria organizzativa

Ilaria Dall'Olmo



Indice

- pag. 05 | **Editoriale**
a cura di *Antonio Restori, Mirko Moroni*
- pag. 07 | **Integrare e connettere. Il modello sistemico IDIPSI tra persona e territorio**
Mirko Moroni, Antonio Restori, Fabio Sbattella
- pag. 17 | **Il paradosso dell'integrazione**
Monica Premoli
- pag. 23 | **Il disturbo del comportamento alimentare: l'analisi di un caso clinico integrando differenti modelli teorici sistemici**
Fabiana Achilli, Ilaria Pascarella, Luca Zucchini
- pag. 31 | **Ipoacusia e salute psichica. Integrare linguaggi differenti**
Agostino Curti
- pag. 47 | **La presa in carico della famiglia con paziente tossicodipendente integrando approcci terapeutici differenti**
Daniela De Luca
- pag. 59 | **Terapia sistemica: individuale, familiare e di coppia. Verso un approccio integrato**
Carmela Celestre, Daniela De Martino, Alessandra Negri, Roberta Tarantino
- pag. 73 | **Il doppio legame nella mente di chi lavora nelle relazioni di aiuto**
Marina Morini, Silvia Panella
- pag. 89 | **Tracce di un sacro percorso**
Emanuele Arletti
- pag. 101 | **Approfondimento della teoria dei Modelli Operativi Interni (MOI) nell'ambito dell'abuso minorile**
Chiara Castelli, Romina Ceroni



Contesti, relazioni ed emozioni

a cura di *Mirco Moroni* e *Antonio Restori*

Quest'anno la rivista *Cambiamenti* intende riprendere ed approfondire un concetto caratterizzante l'approccio sistemico di IDIPSI, la "posizione integrata", che in parte è emersa nelle pubblicazioni precedenti, anche se non esplicitata come tratto distintivo.

Questa posizione, come l'abbiamo chiamata noi, si riferisce all'agire eticamente integrati nella relazione. E per cercare di spiegare la natura di questa caratterizzazione del nostro approccio, abbiamo pensato di ripartire dalla nostra storia fondativa, dal raccontare le prime aneddotiche circa la nascita di IDIPSI, i primi passi verso la costituzione del primo gruppo didattico; un primo racconto ufficiale!

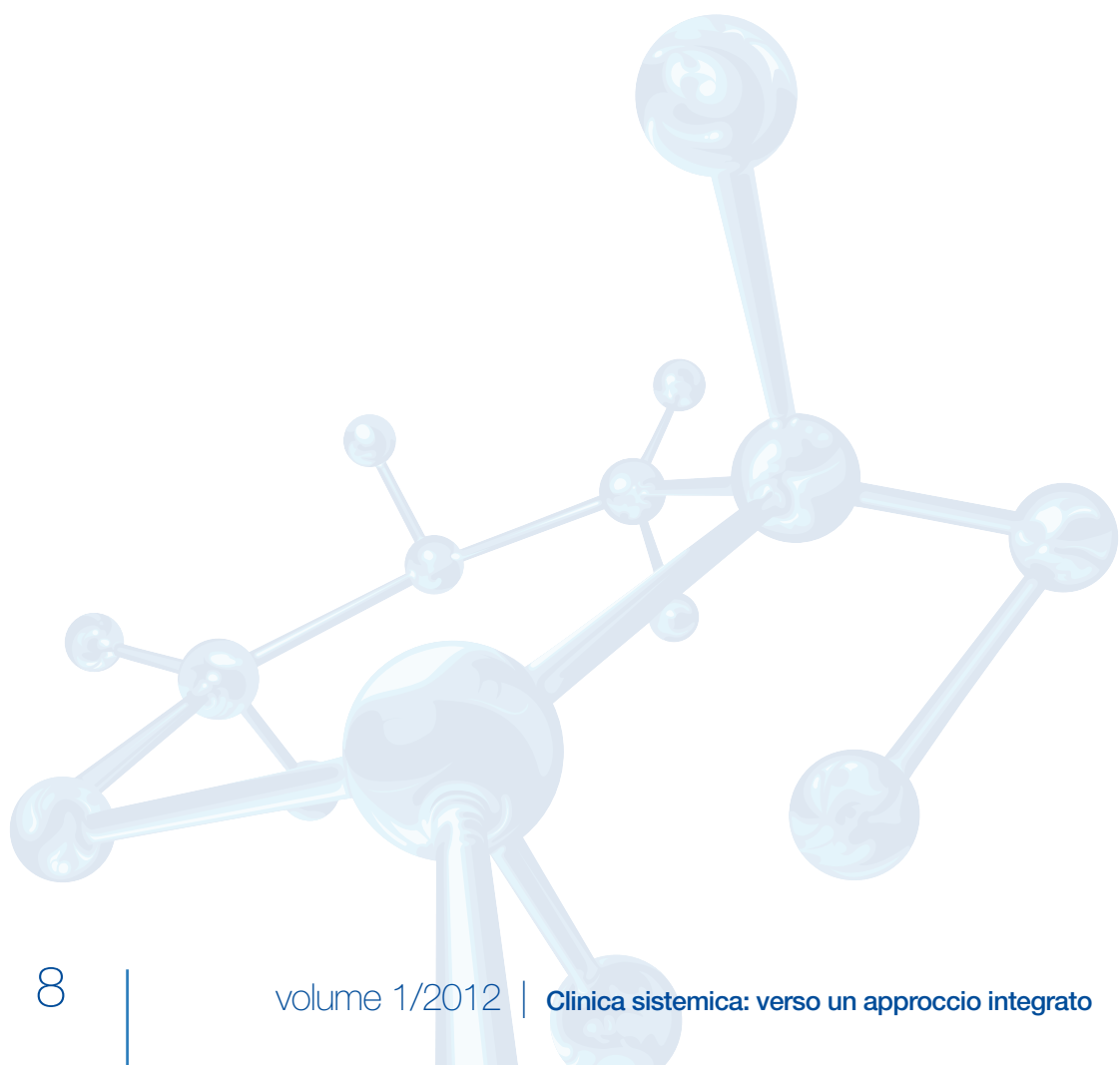
Sicuramente ne seguiranno altri, che ne approfondiranno ulteriormente le premesse. Ma i quattro volumi del 2012, sono già un primo importante passo, possiamo dire meta-autobiografico, per raccontare come persone con storie differenti si sono incontrate incrociando i loro ricchi percorsi nella clinica, attorno ad una comune sensibilità nella ricerca di "patterns che connettono".

Nel primo volume cercheremo di sviluppare riflessioni attorno all'approccio integrato nella clinica partendo dalle premesse dell'epistemologia sistemica e dalle teorie della clinica che ad essa si riconnettono.

Nel secondo volume abbiamo inserito contributi che trattano tematiche familiari in età evolutiva, e di innovativi percorsi clinici istituzionali capaci di aumentare potenzialità terapeutiche familiari.

La possibilità di integrare tecniche terapeutiche sarà esplorata nel terzo volume, mentre nel quarto volume insisteremo nell'approfondimento dei paradigmi sistemici all'interno dei contesti di cura.

Buone letture



Integrare e connettere

Il modello sistemico IDIPSI tra persona e territorio

Mirco Moroni*, Antonio Restori**, Fabio Sbattella***

Sommario

In questo scritto ci proponiamo di evidenziare le premesse epistemologiche e di metodo scientifico attraverso cui abbiamo cercato, in questi ultimi anni di organizzare i nostri “sestanti”, le nostre teorie, le nostre tecniche, il nostro mestiere di psicoterapeuti, consapevoli che grazie all’incontro con altri clinici e altre epistemologie, abbiamo conosciuto, esplorato e scoperto nuovi mondi. I concetti di Sistema e Mente batesoniana sono le basi del paradigma dell’Istituto di Psicoterapia Sistemica Integrata, ma in questa mappa di orientamento siamo collocati all’interno di un tutto che è in relazione con ogni singolo pezzo del sistema. La sfida è essere esteticamente connessi con ogni singola visione del mondo e quindi sensibili alla struttura che integra ogni forma di conoscenza.

Parole chiave:

Approccio sistemico integrato; apprendimento; abduzione; metafora; connessione

Summary

In this paper we aim at highlighting the epistemological premises and the scientific method through which we have tried, in recent years, to organize our “sextant”, our theories, our techniques, our profession of psychotherapists, knowing that thanks to meeting other clinicians and other epistemologies, we came to know, explored and discovered new worlds. The concepts of System and Bateson’s Mind is the basis of the paradigm of the Institute of Integrated Systemic Psychotherapy, but in this orientation map you are placed inside of a whole which is related to every single piece of the system. The challenge is to be aesthetically associated with each view of the world and therefore sensitive to the structure that integrates all forms of knowledge.

Key words:

Integrated systems approach; learning; abduction; metaphor; connection

* Direttore Scientifico IDIPSI

**Direttore Didattico IDIPSI

***Didatta IDIPSI

STORIA DELLE PRIME TAPPE

Nel dicembre 2006 un gruppo di psicologi parmensi, guidati da Mirco Moroni e Antonio Restori, accomunati da una lunga esperienza clinica, dalla passione per la salute mentale, da spirito di ricerca, dall'amore per la formazione e dalla collaborazione disincantata all'interno delle macchine organizzative complesse dei servizi socio sanitari, hanno deciso di dare avvio ad un originale progetto formativo rivolto ad una nuova generazione di psicoterapeuti sensibile ai temi della complessità dei sistemi umani, alla posizione di consapevolezza nella relazione terapeutica, e alle teorie batesoniane di Mente e Natura (Bateson G., 1984).

Il gruppo condivide un'importante esperienza nel mondo della clinica, fatta di continue attivazioni nei contesti sanitari più disparati, ed una costante posizione di ricerca di modelli di cura credibili, efficaci, e quindi anche "trasmissibili" e praticabili in contesti differenti.

Le scelte di cornici epistemologiche appropriate hanno esitato nel tempo in esperienze cliniche positive, utili alla crescita di competenza professionale nei servizi socio sanitari. La creazione del gruppo di formazione parmense è stata una germinazione naturale, agita da una forza contestuale, necessità fisiologica emergente da una posizione di consapevolezza di quanto fosse ormai inevitabile avviare un efficace percorso di valorizzazione delle potenzialità umane di numerosi giovani psicologi e medici che iniziavano ad affacciarsi al mondo della clinica, pena la perdita di un know-how che negli anni aveva prodotto importanti percorsi terapeutici nel servizio sanitario nazionale, ed in particolare nelle terre emiliane.

Percorsi trattamentali praticati da psicoterapeuti che hanno raccolto buone confer-

me del potenziale terapeutico generato dalle idee batesoniane. Idee orientate al cambiamento, alla complessità, alla fiducia della forza intrinseca dei sistemi viventi.

Potenziale terapeutico ben concretizzato in strategie di intervento e atteggiamenti profondi quali l'"irriverenza" e la "curiosità estetica" di Cecchin (Cecchin G., 1993), e poi ancora l'agire etico di Varela (Varela F., 1992), ed altri maestri di cui parleremo nei prossimi paragrafi.

Da sempre si ritiene la nostra regione un punto di eccellenza nell'area della sanità pubblica, ed in controtendenza circa le risorse messe a disposizione delle aziende sanitarie e ospedaliere per avviare percorsi di cura efficaci e usufruibili da parte di tutti i cittadini. Il Servizio di Consulenza e Terapia familiare dell'Asl di Parma co-diretto da Antonio Restori e da Alessia Ravasini, è una testimonianza di questa sensibilità istituzionale, attraverso le numerose attività terapeutiche e formative che sviluppa sul territorio emiliano.

Nel Novembre 2004 il Servizio di Terapia Familiare ha organizzato il primo Congresso nazionale sulla Terapia Familiare nei SerT. È stato un evento formativo storico: i Servizi per le famiglie provenienti da tutto il paese si sono incontrati a Parma per raccontarsi le loro esperienze di lavoro, risultando un'importante occasione di crescita del modello sistemico nei servizi pubblici emiliani. Altri seminari e congressi si sono succeduti di anno in anno, e contemporaneamente è cresciuta la consapevolezza dell'efficacia di un modello sistemico capace di integrare aree disciplinari e paradigmi clinici differenti. Il congresso del Giugno 2009, dal titolo "Famiglie in-testa" (link Asl di Parma), ha rappresentato la svolta formativa per il consolidarsi di una clinica sistemica che può essere te-

stimoniata da un video-schedario di terapie che attualmente consta di oltre 4000 tapes, su cui il Servizio organizza svariate ricerche attorno al modello sistemico integrato. Ma di tutto questo avremo modo di parlarne in prossimi articoli.

Dagli inizi degli anni 2000 hanno fatto parte del team del Servizio di Terapia Familiare molti dei didatti di IDIPSI (Gabriele Moi, Barbara Branchi, Valentina Nucera, Monica Premoli), e nel tempo hanno poi sviluppato in diversi altri servizi esperienze cliniche capaci di contaminarsi con il modello sistemico integrato. Tra questi occorre citare l'attività di prevenzione in ambito scolastico con il progetto "Prove di Volo" e del progetto "Quadrifoglio", l'attivazione del Polo Clinico IDIPSI, con l'attività di Counselling familiare per il Centro per le Famiglie del Comune di Parma.

È stato un percorso di interconnessione agito con "misura", rispetto per le diverse epistemologie, capace di valorizzare le potenzialità dei professionisti presenti sul territorio, e le diverse discipline professionali. Ed è grazie alla sensibilità di Direttori di Dipartimento aziendali come Mirco Moroni, poi diventato il direttore scientifico IDIPSI, Pietro Pellegrini, Franco Giubilini, Romano Superchi, Paolo Volta, che il lavoro con le famiglie ha avuto modo di avviarsi nel servizio pubblico e diventare un'eccellenza nel territorio.

La nascita dell'Istituto di Psicoterapia Sistemico Integrato, era un atto dovuto, indispensabile punto di riferimento per la formazione clinica, capace di trasmettere le buone pratiche cliniche ampiamente sperimentate, attraverso una formazione puntuale ed efficace.

Ma per una formazione che fosse in grado di centrare questo tipo di obiettivi, era indispensabile, affiancare le competenze della clinica sperimentate a Parma, con profes-

sionisti operanti in Servizi di altre realtà territoriali, come Alberto Cortesi, Gianfranco Bruschi, Paola Ravasenga.

E ancora, affinché si potesse avviare una vera e propria apertura del mondo della clinica in ambito socio-sanitario, a contesti di cura informali, non "canonici", è stata di fondamentale importanza l'entrata nello staff didattico di Fabio Sbattella, a partire dalla stessa fondazione di IDIPSI, accademico di fondamentale importanza e garanzia di rigore scientifico e per l'attività ricerca avviata nell'Istituto.

La sfida ora è sviluppare modelli di cura in grado di sostenere una politica sanitaria che da alcuni anni si è vista trasformare da Welfare State in Welfare Community, con istituzioni che devono pensare a percorsi di cura capaci di restituire alla cittadinanza competenze e responsabilità. Tema politico sanitario e sociale che affronteremo in altri contributi.

LE BASI DEL MODELLO SISTEMICO INTEGRATO

Nelle nostre "prime tappe" ci siamo mossi attraverso i tracciati epistemologici che caratterizzano i pensieri fondanti *l'approccio sistemico integrato* secondo il modello parmense (o parmigiano, dipende dall'ora): la teoria dei sistemi, il concetto di *Mente batsoniana*, l'Etica secondo Varela, la curiosità estetica di Cecchin, i discorsi sulla presenza mentale, i nuovi paradigmi delle neuroscienze.

Le tracce però generalmente incontrano sorprese di ogni genere: cavi scoperti, tubazioni, materiali resistenti... altri paradigmi della conoscenza.

I nostri tracciatori, creature complesse, dotate di spinotti, cannocchiali, lenti, reti, vecchie pergamene, padelle bucate..., si muovono

con curiosità osservando, selezionando, interagendo, riorganizzando nuovi equilibri, e ridefinendo le proprie mappe: IDIPSI è una “macchina autopoietica” che si muove per salti discontinui connettendosi con il “medium”, ciò che sta fuori, *integrando-integrandosi*.

Abbiamo scelto l'agire etico di Varela come orientamento nel mondo sensibile (delle sensazioni); le lenti di Cecchin, e la capacità di curiosare in modo rispettoso e non giudicante; la ricerca della consapevolezza della presenza mentale, come prerequisito fondante l'essere in relazione; il concetto emergente di intersoggettività rielaborato attraverso le recenti ricerche delle neuroscienze.

Date queste premesse, fondamentali per individuare la cornice teorica che definisce l'agire epistemologico di IDIPSI, iniziano a prendere forma, nel corso del tempo, le identità caratterizzanti il nostro Istituto:

- *l'approccio integrato*;
- essere costruttori e *de-costruttori di modelli* attraverso l'agire pratico, radicandosi nei territori.

Il rischio di ogni *approccio integrato* è quello dell'ecllettismo, o ancora peggio, del sincretismo, affiancando modelli teorici differenti nel tentativo di avvicinare la conoscenza nella clinica a un sapere noumenico tendente alla perfezione, alla “cosa in sé”, la *Ding an sich* kantiana, inconoscibile. Se la realtà in sé non è conoscibile, tuttavia è inevitabile compiere distinzioni, selezionare i dati sensoriali, compiere scelte più o meno in accordo con i costrutti che si sono radicati socialmente.

L'approccio sistemico integrato orienta alla conoscenza noumenica attraverso il pensiero ipotetico, includendo ed escludendo informazioni acquisite per differenza, in modo consapevole, cioè presenziando alla selezio-

ne, sapendo di sapere o di non sapere.

In ambito clinico esistono molteplici paradigmi teorici che descrivono, coerentemente con le loro premesse, le diverse manifestazioni della sofferenza umana. Ogni modello, partendo da specifici riferimenti teorici, organizza la conoscenza della clinica in categorie logiche oggettivanti la realtà osservata. I modelli psicodinamici, cognitivisti, comportamentali, assumono una loro credibilità funzionale al contesto clinico se *integrati in modo estetico* alla dimensione della complessità umana: sensibili cioè alla struttura che connette i differenti modi di agire umano.

L'epistemologia sistemica si caratterizza per la sua propensione a non reificare i prodotti dei modelli teorici; l'orientamento *integrato* facilita la calibrazione dei modelli nei differenti contesti di applicazione della clinica.

In questo modo *costruiamo e de-costruiamo modelli* orientandoci all'interno di una meta-teoria della Mente che, integrando saperi differenti, organizza un agire pratico sensibile al contesto, presente al proprio sentire, al proprio agire, connesso esteticamente alla complessità dell'esistenza umana.

L'approccio alla conoscenza del clinico è generalmente orientato alla riduzione degli aspetti di complessità umana, a eliminare gli elementi di rumore che impediscono una conoscenza chiara delle cause della malattia (diagnosi), e quindi che allontanano dall'individuazione di una buona cura e alla soluzione dei problemi (guarigione). Il rumore è escluso, eliminato, praticamente non visto.

Il rumore appartiene al non conosciuto, a ciò che non ha forma, al noumeno non ancora delimitato nei suoi confini. Se non possiamo conoscere la realtà fuori di noi, possiamo però centrare l'attenzione sul nostro modo di stare con le nostre sensazioni, i rumori del corpo e della mente, imparare a non viver-

le come stranieri della nostra vita, restando con l'incertezza del sapere di non sapere.

Il nostro agire clinico è orientato nell'incertezza dell'ipotesi sistemica, consapevoli che l'agire di un pezzo del sistema si riflette su tutto il sistema, non sapendo come questo si riorganizzerà.

È tuttavia costante la presenza consapevole di ciò che responsabilmente si sceglie di agire, di come si è agiti nelle relazioni in generale, e in quella terapeutica in particolare: il sé del terapeuta.

INTEGRARE E CONNETTERE IN UN PLURI-VERSO DI LINGUAGGI

La cultura contemporanea ha superato diversi miti che ipotizzavano la possibilità di mantenere unità tra le genti attraverso il mito del modello unico. Difficile credere nella possibilità di costruire un sapere condiviso basato su una verità unica e immutabile. Impossibile imporre modelli valorali, stili di vita, linguaggi e comportamenti standardizzati da una massa di persone immensa e in continuo cambiamento.

La società contemporanea si trova così a essere quotidianamente attraversata dall'incontro di una pluralità di linguaggi, modelli e valori, stili di vita e concezioni del mondo. Esse influenzano il benessere e il malessere dei singoli, creando nuove psicopatologie e cancellandone altre. In generale, tuttavia, in un modo globalizzato e iperconnesso si diffondono strutture psichiche, organizzative e conoscitive "liquide", cangianti, polimorfe, ibride. Per alcuni aspetti, si rinnova il "rischio BABELE", cioè il pericolo dell'incomprensione globalizzata, che porta all'impossibilità di costruire progetti comuni.

Vi è comunque oggi sempre più consapevolezza della possibilità di assumere diversi punti di vista sulla stessa "realtà", costruendo

epistemologie, culture e strategie di adattamento evolutive diverse.

La necessità di costruire intersoggettività e comunicare con gli elementi più significativi per l'adattamento umano (le altre persone) ripropone tuttavia la sfida dell'incontro tra differenze.

Come poter convivere con e tra molte differenze? Permangono ovviamente tentativi di vecchio stile, che propongono la ricostruzione di un'unità culturale attraverso logiche egemoniche, tramite la predominanza economica, l'uniformità tecnologica, l'imposizione di standard fissati da alcune élite "illuminate". Il modello ordinatore proprio di tutti i totalitarismi ha dimostrato tuttavia in passato i propri limiti e le proprie capacità digenerare violenza e follia.

In ottica psico-sociale, i fenomeni che osserviamo a livello macro strutturale debbono essere considerati rilevanti per i livelli di organizzazione micro sociale e psicologico. Dal punto di vista dei piccoli gruppi umani e dei singoli, infatti, la sfida dell'adattamento evolutivo si traduce nella domanda: come adattarsi in ambiente socio-culturale così cangiante e polimorfo?

Le ricerche mostrano l'emergere di nuove strategie e abilità cognitive: i nativi digitali (Ferri P., 2011) sono in grado di gestire processi "multitasking" e di organizzare e strutturare "personalità plurime" (Dogana F., 2000). Sebbene in buona parte ciò sia apprezzabile come esempio della meravigliosa capacità adattativa della specie umana, a livello della mente (individuale e di gruppo) rimangono alcune domande: come ridurre il rischio della comparsa di fenomeni di frantumazione, schizo-genesi, polverizzazione delle menti? Come costruire livelli sufficienti d'integrazione? Come equilibrare la necessità di vincoli (corporei, relazionali, cognitivi,

identitari etc.) e la necessità di gradi ampi di libertà?

Tra le varie proposte avanzate negli ultimi anni, particolarmente fertile ci è parso il modello connessionista di matrice sistemica, come capace di generare buone strategie di salute mentale. Esso ben si colloca in questo contesto psico-sociale, poiché riconosce la complessità del reale e la capacità quotidiana di strutturare “nodi” e “reti” a diversi livelli (neurologico, semantico, affettivo, relazionale, organizzativo..). Il modello IDIPSI nasce dunque da un confronto serrato con le sfide poste dalla cultura e dalla società contemporanee, dalla clinica e dalle nuove e caleidoscopiche forme di disagio esistenziale, relazionale e psichico.

Il gruppo di psicoterapia, ricerca, e formazione dell'Istituto di Psicoterapia Sistemica Integrata nasce dal gruppo dei clinici menzionati nelle premesse, lo stesso gruppo che nel 2007, al fine di condividere il pensiero sistemico con altri paradigmi epistemologici, fondò “Coinetica” un'Associazione Culturale; coinetica è parola greca composta (coinè, dialectos) che significa “linguaggio condiviso”, utilizzata in epoca ellenistica per nominare il percorso che i greci seguirono per connettere i loro diversi linguaggi. Nella metafora linguistica si può riconoscere il progetto che sostiene questo approccio: il “rischio Babele” si argina attraverso la preparazione di persone (attori sociali) solide, integrate e qualificate, che fungono da aggregatori, tessitori, catalizzatori di relazioni e progetti. Persone in grado di connettere i singoli, i contesti e i servizi tra loro, ma anche, a livello individuale, sappiano integrare memorie e speranze, idee ed emozioni, realtà e desideri, immaginazioni e azioni concrete.

La nostra proposta formativa si realizza attraverso un percorso di integrazione personale

e di gruppo, nel quale sperimentare direttamente le strategie integrative connessioniste e trasformarle in strumenti. Tra queste strategie, un ruolo chiave giocano le emozioni, considerate come crocevia strategico tra equilibrio mentale e corporeità, adattamento e comunicazione, pensiero e relazione interpersonale.

Cosa significa esattamente il termine “strategie integrative”? “Integrare” non significa unire, né omologare, né giustapporre. Significa invece completare (dal latino *integrum*, completo), individuando complementarità e complementamenti (interdipendenze reciproche). La ricerca di elementi integrativi comporta la consapevolezza della propria, infinita incompletezza e nello stesso tempo l'assimilazione di ogni realtà incontrata in un'ottica di completamento del proprio progetto, identità, equilibrio. Per antitesi, le strategie integrative possono essere contrapposte a quelle che, nell'incontro della differenza, propongono equilibri adattativi basati su compromessi, “inciuci”, CON-fusioni. Il rispetto delle differenze è punto di partenza dell'approccio sistemico integrato.

Sfondo teorico di questo modello è l'olismo batesoniano (Bateson G., 1976), che propone una visione ecologica delle individualità differenziate. Negli ultimi decenni di storia delle scienze umane abbiamo visto contrapporsi la visione oggettualista comportamentista a quella fenomenologica, sensibile alla percezione soggettiva, il pleroma alla creatura, il corpo e la mente, come se potesse esistere l'oggetto senza un soggetto, e senza che tra essi vi fossero relazioni sensibili. Morin ci ricorda la loro stretta complementarità e la necessità di connessione “in una dialogica eco-evoluzionistica che si riassume nella “trinità” generativa di ordine, disordine e organizzazione” (Morin E., 1983).

IL PROCESSO DI INTEGRAZIONE AVVIENE PER ABDUZIONE

Quando si maneggia la teoria dei sistemi, si è generalmente spinti ad assumere posizioni di distacco, come se i “fatti”, l’“oggettività”, la scienza”, fossero speculazioni gnostiche che allontanano da una sacra unità. Se osserviamo bene, i salti di livello nell’apprendimento, nella conoscenza, nell’epistemologia, l’*homo systemicus* li ha raggiunti quando il pensiero debole, relativista, costruzionista, post-moderno, si è avvicinato alla *Scientia Magna*. Pensiamo all’incontro con la biologia di Maturana e Varela, e all’elaborazione dei sistemi autopoietici; e ancora alla fisica di Prigogine (Prigogine, 1981) con le strutture dissipative e l’apprendimento per salti discontinui.

Allo stesso modo il pensiero forte, ha potuto generare, dall’incontro con la teoria generale dei sistemi e dall’incontro con le scienze soft, importanti rinnovamenti a partire dalla migrazione e ripensamento di territori già esplorati verso nuove possibilità di conoscenza. Ciò sta a dimostrare che questa “perdita della certezza” delle scienze hard non può in alcun modo essere vista come “la fine della scienza”, ma come la capacità *interna* della scienza di rinnovarsi.

Oggi esiste tutta una serie di ricerche basate sul crossing-interdisciplinare, dalla fisica dei sistemi collettivi alle scienze cognitive (Zbilit J.P., 2004; Gerovitch S., 2002), che ci suggeriscono di abbandonare la visione di un confine rigido tra scienze “forti” e “deboli” e accettare piuttosto una gradazione di complessità che attraversa l’intero sapere e che consiste nel mutuo scambio di strumenti, metodi e concetti e soprattutto in una maggiore consapevolezza critica del ruolo dell’osservatore, “creatore di modelli”.

Ciò ci riporta a riflettere su come noi conosciamo il mondo in cui viviamo e a ripensare alla complessità immanente alle nostre funzioni cognitive attraverso cui mappiamo la realtà. Seguire il paradigma sistemico come lente epistemologica non significa relegare la visione lineare a un livello di conoscenza inferiore; la conoscenza la costruiamo nel momento in cui abbiamo tracciato una distinzione, cosa alquanto inevitabile nel nostro incedere esistenziale. Partendo dal contesto in cui siamo in relazione, costruiamo oggetti, con essi ci relazioniamo e attraverso essi cambiamo la nostra conoscenza del mondo. La visione sistemica ci aiuta a comprendere quanto siamo in relazione con il mondo e ci aiuta a osservare il lavoro mentale di oggettivazione.

Il processo conoscitivo umano e i processi naturali sono connessi tra loro. Gli uomini però non studiano la natura nel suo insieme ma la spezzettano in archi di conoscenza. Bateson non era interessato allo studio dei vari tipi di descrizione come fenomeni a sé nell’universo della comunicazione umana; egli cercava piuttosto la “struttura che connette” i saperi; e ciò che lo interessava maggiormente era come ogni descrizione fosse distante dall’oggetto descritto:

“La mappa non è mai il territorio, ma talvolta è utile discutere in che modo essa differisca dall’ipotetico territorio” (Bateson VEM, p. 241, 1976). L’ambiente nella sua globalità e i fenomeni nella loro specificità sono oggetto di *mappatura* e *segmentazione* da parte delle nostre percezioni e poi, semanticamente, a loro forniamo una pertinenza, un segno-significante. La capacità umana di “astrarre modelli”, vale a dire diriconoscere analogie tra fenomeni differenti - per esempio tra le braccia dell’uomo e le ‘tenaglie’ di un granchio, tra gli uomini e l’erba - Bateson la chia-

ma abduzione. Le nostre astrazioni avvengono per abduzione (Bateson G. 1984).

L'approccio sistemico che si pone in una posizione di integrazione di conoscenze si muove attraverso il processo abduttivo. L'abduzione è l'inferenza che muove da un dato sensibile nuovo e che conduce a un *altro possibile*. E non importa se la conclusione di un'abduzione risulti errata o inadeguata, perché essa è la proposta, temporanea e bisognosa di verifica, di una delle alternative possibili. L'abduzione è per definizione una conoscenza nuova e avventurosa. Quando concerne decisioni vitali, comporta la responsabilità della *scelta*. Se il processo induttivo propone una teoria, l'abduzione la anticipa e la prevede. L'induzione è sintesi che mette insieme dati della realtà, l'abduzione è l'elaborazione delle ipotesi in grado di *vedere attraverso* il dato fenomenico, fino a *trovare* ancor prima di cercare.

L'abduzione è l'inferenza che apre lo spazio all'invenzione. Potremmo per così dire che il linguaggio dell'approccio sistemico integrato si manifesta come una sorta di *deutero-apprendimento abduttivo*.

Il processo abduttivo emerge quando conoscendo 1, osservando 3, possiamo inferire 2. Una visione lineare della realtà procede invece da una conoscenza 1 che osserva 2 e inferisce 3, dove 1 sta in relazione contestuale e di tipo logico con 2, diversamente dalla relazione assente, o quanto meno non vista, e di tipo logico tra 1 e 3 del processo abduttivo. L'accostamento dell'approccio sistemico circolare, o a spirale, all'epistemologia lineare scientifica, può generare, in una logica fuzzy (Kosko B. 2000) quelle intuizioni abduttive che hanno permesso ad entrambi i paradigmi di coevolvere illuminando archi di circonferenze mai conosciuti.

Il risultato di questa abduzione inventiva

sono nuove sperimentazioni sensoriali, nuove categorie scientifiche, nuove teorie filosofiche, nuove relazioni nel modo fisico. Potremmo dire più in generale nuovi contenuti della conoscenza. La scienza, la tecnologia e l'arte sono i campi in cui tale abduzione ha prodotto i suoi effetti più importanti; pensate all'atomo di Bohr, che nella rappresentazione di Rutherford assomiglia al sistema solare (Petruccioli S, 1989); l'intervallo spazio-temporale di Einstein, la tonalità di blu trovata dal Beato Angelico assortendo nuove soluzioni di pigmenti, ma anche costruzioni immaginarie come il Robot di Isaac Asimov. Come dire che la visione abduttiva individua in tutti questi casi delle possibilità, degli *assenti possibili*, ma resi *necessari* dal bisogno dal desiderio dell'uomo della conoscenza che esplora in continuazione le pieghe della realtà e della materia.

LA METAFORA, SINTASSI DEL PROCESSO ABDUTTIVO

Quindi per comprendere davvero forme e processi del mondo biologico, integrando i saperi del pensiero forte all'interno del paradigma sistemico, dobbiamo procedere per "abduzione", vale a dire attraverso il procedimento analogico, proprio delle metafore: se gli uomini sono mortali e l'erba è mortale, "*gli uomini sono erba*", recita il sillogismo 'alla Bateson' (Bateson G. 1976). Se notate il sillogismo segue esattamente la regola del processo abduttivo: 1 (gli uomini sono mortali) 3 (l'erba è mortale) 2 (gli uomini sono erba). Per Bateson tutto ciò che riguarda i processi mentali ha fondamento nella natura biologica (creatura) e solo attraverso il linguaggio del sogno, dell'arte, del gioco, possiamo entrare in relazione e tutti questi linguaggi si articolano attraverso la metafora, sintassi del processo abduttivo.

Le metafore sono costruite facendo riferimento a un concetto con lo scopo di descriverne un altro. Questo per dire che una metafora funziona finché siamo in grado di trasferire una o più caratteristiche tipiche della prima cosa, alla seconda, alla quale non sono di solito attribuite.

Prendiamo per esempio la metafora dell'orchestra: un gruppo di strumenti differenziati, in azione, capaci di generare complesse armonie dialogando anche attraverso imitazioni, riprese, soliloqui, contrasti e contrappunti. L'integrazione dei suoni genera armonie, melodie che hanno a che vedere con risonanze estetiche non riconducibili a una logica lineare, ma rispondente ad una tessitura complessa di differenze che si rincorrono a partire dai dati sensibili del mondo della natura. Questo è il campo della conoscenza estetica "metaforica", nel senso attribuito a questo termine da Gregory Bateson, in quanto fondata sulle somiglianze e differenze. La metafora infatti, comprende tutti i processi di conoscenza e di comunicazione che dipendono da asserzioni o ingiunzioni di somiglianza, comprese *l'omologia*, *l'empatia* e *l'abduzione* (cfr. la voce "metafora" del glossario in Bateson M.C., 1987, trad. it. 1989, p. 315). Tutti i processi "metaforici" (in senso batesoniano) relativi alla mente individuale sono fondati sull'uso dell'ecologia delle idee interna come modello analogico, cioè sulla sensibilità estetica.

Il modello sistemico integrato si caratterizza anche per una precisa consapevolezza etica: tra le infinite connessioni possibili, chi lavora nell'ambito delle relazioni di aiuto, siassumono la responsabilità di facilitarne alcune più di altre, sapendo che ogni connessione integrativa è comunque e sempre frutto di una scelta relata ad un *sacro multi verso in tangere*, non toccato.

La nostra "liquida" e inafferrabile quotidianità appare attraversata da una crescente incertezza. Gli straordinari progressi delle scienze non hanno dato vita a un potente arsenale di mezzi capaci di acquietare le nostre profonde ansie da incertezza, ma a un ambiente naturale e sociale misteriosamente e spesso minacciosamente incerto e imprevedibile.

Nel suo cammino di esplorazione nelle diverse discipline scientifiche, come la biologia, le neuroscienze, e altre ancora, l'approccio sistemico, ha potuto scambiare informazioni che le hanno permesso di rinnovarsi, modificarsi, ridefinirsi; incontrandosi con altre discipline, ed integrandosi attraverso processi di apprendimento abduitivi e l'uso sintattico della metafora, sono emerse nuove metafore, narrazioni capaci di legare il nostro sistema di premesse, la nostra storia depositata nel nostro quadro epistemologico di riferimento e l'apprendimento di nuove teorie, narrazioni, nuove identità, che a loro volta potranno essere viste.

Bibliografia

- Bateson G. (1976). *Verso un'ecologia della mente*. Milano: Adelphi.
- Bateson, G. (1984). *Mente e natura*. Milano: Adelphi.
- Bateson, M.C. (1989). *Dove gli angeli esitano*. Milano: Adelphi.
- Bertalanffy L. Von. (1971). *Teoria generale dei sistemi*. Milano: ISEDI.
- Bocchi G., Ceruti M. (1985). *La sfida della complessità*. Milano: Feltrinelli.
- Boscolo L., Bertrando P. (1993). *I tempi del tempo. Una nuova prospettiva per la consulenza e la terapia sistemica*. Torino: Boringhieri.
- Casadio L. (2010). *Tra Bateson e Bion. Alle radici del pensiero relazionale*, Antigone.
- Cecchin G. F., Lane G., Ray W. A. (1993). *Ir-riverenza. Una strategia per la sopravvivenza del terapeuta*. Milano: Franco Angeli.
- Cecchin G., Lane G., Ray W.A. (1997). *Verità e pregiudizi. Un approccio sistemico alla psicoterapia*. Milano: Cortina.
- Cecchin G. F., Apolloni T. (2003). *Idee perfette. Hybris delle prigioni della mente?* Milano: Angeli.
- Ceruti M. (1992). *Il vincolo e la possibilità*, Milano: Feltrinelli.
- Ceruti M. (1989). *La danza che crea*. Milano: Feltrinelli.
- Dogana F. (2000). *Le piccole fonti dell'io*. Firenze: Giunti Editore,
- Epstein M. (1996). *Pensieri senza pensatore*, Ubaldini.
- Ferri P. (2011). *Nativi Digitali*, Milano: Bruno Mondadori.
- Gallese V., De Monticelli, R. (a cura di A. Lanini) (2007). *Dialogo sulla Felicità*, riv. *Mente e Cervello*
- Gerovitch S. (2002). *Newspeak to Cyberspeak*. Cambridge: MIT Press.
- Gurman A.S., Kniskern D.P. (1995). *Manuale di terapia della famiglia*, edizione italiana a cura di Paolo Bertrando, Torino: Bollati Boringhieri.
- Hofstadter D. R. (1985) *Godel, Escher, Bach: un'eterna ghirlanda brillante*. Milano: Adelphi.
- Koscko B. (2000) *Il fuzzy-pensiero. Teoria e applicazioni della logica fuzzy*, Tascabili Baldini & Castoldi.
- Maturana H., Varela F.(1987). *L'albero della conoscenza*, Milano: Garzanti.
- Maturana H.R., Varela F.J.(1985). *Autopoiesi e cognizione. La realizzazione del vivente*. Venezia: Marsilio.
- McNamee S., Gergen K.(1999). *La terapia come costruzione sociale*. Milano: Franco Angeli.
- Morin E. (1983). *Il metodo: ordine, disordine, organizzazione*. Milano: Feltrinelli.
- Morin E. (1985). *Le vie della complessità*. In: Bocchi G., Ceruti M. (a cura di): *La sfida della complessità*. Milano: Feltrinelli.
- Pearce W. B. (1998). *Comunicazione e condizione umana*. Milano: F. Angeli.
- Petruccioli S. (1989). *Niels Bohr e la costruzione di una nuova fisica*. Theoria.
- Prigogine I., Stengers I. (1981). *La nuova alleanza. Metamorfosi della Scienza*. Torino: Einaudi.
- Segal Z., Williams M., Teasdale J. (2006). *Mindfulness*, Boringhieri.
- Siegel D. J. (2001). *La mente relazionale*. Milano: R. Cortina.
- Sumedho A. (2004). *Consapevolezza intuitiva*. Roma: Ubaldini.
- Togliatti M., Telfener U. (1983). *La terapia sistemica*. Roma: Astrolabio.
- Varela F. (1992). *Un know-how per l'etica*. Lezioni italiane, Laterza.
- Varela, F., Thompson, E. (1992) *La via di mezzo della conoscenza*. Milano: Feltrinelli.
- von Foerster H. (1985). *Cibernetica ed epistemologia: storia e prospettive*. In: Bocchi G., Ceruti M. (a cura di): *La sfida della complessità*. Milano: Feltrinelli.
- Von Foerster H. (1987). *Sistemi che osservano*. Roma: Astrolabio.
- Watzlawick P. (1976). *La realtà della realtà*. Roma: Astrolabio.
- Watzlawick P. (a cura di) (1988). *La realtà inventata*. Milano: Feltrinelli.
- Zbilut J.P. (2004). *Unstable Singularities and Randomness. Their Importance in the Complexity of Physical, Biological and Social Sciences*, Elsevier.
- Wiener N. (1968). *La cibernetica*, Milano: Il Saggiatore.
- White M. (1992). *La terapia come narrazione. Proposte cliniche*. Roma: Astrolabio.

Link Asl di Parma

- <http://www.ausl.pr.it/page.asp?IDCategoria=625&IDSezione=3662&ID=324459>

Il paradosso dell'integrazione

Monica Premoli*

Sommario

Che la nostra società sia in continuo mutamento é sotto gli occhi di tutti, anche senza consultare la molteplicità di dati statistici che vengono rilevati annualmente. In letteratura esistono una plethora di contributi che propongono strategie e soluzioni per creare contesti relazionali capaci di produrre integrazione. Ma qual'è il vero significato della parola integrazione? Integrazione e assimilazione sono espressione di uno stesso processo? Il fine di questo contributo é di sottolineare come il processo di integrazione non deve cadere nel paradosso di considerare uguale il diverso, perdendo la ricchezza insita nella differenza.

Parole chiave:

Straniero, integrazione, diversità, paradosso

Summary

The fact that our society is in continuous mutation is obvious to everyone; even without the need to consult the multiplicity of statistical data that are yearly collected. In literature exists a plethora of contributions that propose strategies and solutions to create relational contests able to produce integration. What is the real meaning of the word integration? Are integration and assimilation expressions of the same process? The objective of this contribution is to underline how the integration process should not fall into the paradox to consider equal the different, losing the richness inherent in the difference.

Key words:

Foreign, integration, diversity, paradox

*Assistente Didatta IDIPSI

Il metalogo (parte 1°)

Figlia: Mamma, io sono una bambina ben “integrata”?

Mamma: Come, Integrata?

Figlia: bè, oggi ho sentito le mie maestre dire che noi siamo bambini ben integrati...

Mamma: la parola integrazione ha diversi significati. Non saprei.

Figlia: ho capito! Ho toccato un brutto argomento! Stai tagliando corto...

Mamma: non sto affatto tagliando corto! Però per arrivare a capire il significato del termine integrazione dobbiamo prima ragionare su altre cose.

Figlia: quali tipi di cose?

Mamma: per esempio, tu sai il significato della parola immigrazione?

Figlia: no, non lo so mamma. Devi dirmelo tu. Ma per capire il significato del termine immigrazione dobbiamo prima ragionare su altre cose?

Mamma: Ragionare su altre cose? Non credo... il concetto di immigrazione può essere definito come l'inclusione di persone che provengono da lontano all'interno di uno stato, di un paese. Queste persone possono decidere di trasferirsi nel nuovo paese per tanti motivi: guerre che coinvolgono gli stati di provenienza, mancanza di lavoro nel proprio stato, per realizzare i propri sogni, insomma.

Figlia: anch'io per realizzare i miei sogni dovrò immigrare?

Mamma: dipende da quali sono i tuoi sogni...

SEMPLICEMENTE ESTRANEI

Che la nostra società sia caratterizzata da una crescente differenziazione culturale è sempre più evidente. Grazie al nuovo Censimento a cura dell'ISTAT (2012) è stata resa nota la popolazione straniera residen-

te nel nostro paese, che è pari a 4.029.145 individui, il 6,8% di tutti i residenti. La Lombardia è la regione con il più alto numero di stranieri (947.248, quasi un quarto di tutti i residenti di cittadinanza straniera) mentre, se prendiamo in considerazione le composizioni percentuali, in prima posizione si trova l'Emilia Romagna con una quota di popolazione straniera pari al 10,4%. D'altra parte è verosimile pensare che le società umane siano sempre state un miscuglio di provenienze, di culture, e dunque che culture monolitiche ed omogenee non siano in realtà mai esistite. Proprio per questo Barberis (2007) rifiuta il termine “multiculturalismo”, che nella sua accezione descrittiva rimanda a un'idea di società come insieme di molteplici culture. Secondo l'autore la descrizione è in sé piuttosto banale dato che le società sono sempre state pervase da diversità di ogni genere, prime tra le quali diversità culturali. È chiaro che questo termine vuole mettere in luce una diversità culturale di un determinato tipo, legata cioè alla provenienza, o, come spesso si dice, all'appartenenza etnica. Viene a questo punto spontaneo domandarsi: se siamo sempre stati pervasi da differenze perché c'è ora il bisogno di coniare un termine specifico per un certo tipo di differenza, ovvero quella della cultura legata alla provenienza?

Bauman (2010) sottolinea come gli antichi Greci coniarono il termine “barbaros” per indicare tutti quei popoli che abitavano le terre circostanti, ma che non parlavano Greco. I popoli chiamati “Barbari” non erano necessariamente peggiori, inferiori o meno “umani” di coloro che così li definivano. Erano semplicemente diversi. Erano non Greci. Non fidandosi sufficientemente dei Barbari da sentirsi a loro agio in loro

presenza, gli Ellenici non hanno avuto nessuna possibilità di sottoporre i loro sospetti a verifica. Bauman (2010) sottolinea come, interagendo in assenza di comunicazione, non si può essere sicuri di comprendere quello che le movenze e i gesti dell'altro vogliono significare: temiamo di non capire il messaggio che ci viene rivolto. È possibile che i Barbari avessero, esattamente come i Greci, i loro usi e costumi, le loro regole di comportamento, la loro logica, i loro principi etici ma anche ammesso che disponessero di tutto ciò che è necessario per rendere il loro comportamento comprensibile, regolare e prevedibile, sarebbero stati comunque identificati come "oscuri" e vaghi, come un mistero che deve essere ancora risolto o che, peggio ancora, è irrisolvibile. I Barbari erano semplicemente degli estranei. Quando si incontra un nemico, si sa immediatamente dove ci si trova, cosa aspettarsi e cosa fare. Quando invece si incontra un estraneo si prova un senso di disagio: ci si sente disorientati, confusi e insicuri su cosa ci attende e su cosa ci si chiede di fare.

Secondo Bauman però questa non è l'unica ragione per cui i barbaros (come d'altronde ogni straniero) non vengono accettati. Un altro motivo di disagio nei loro confronti è che sono una chiara espressione della possibilità di uno stile di vita alternativo: la consapevolezza dell'esistenza di altri stili di vita ci mette a disagio, dal momento che rappresenta una sfida alla modalità quotidianamente accettata e praticata senza porsi ne domande ne dubbi. (Bauman, 2010)

Tra i vari modelli che sono nati per esplorare il concetto di cultura la metafora dell'iceberg è sicuramente la maggiormente utilizzata, e verosimilmente anche la più efficace. Secondo Hall (1982) la cultura è come un iceberg, dove la parte più importante (che lui

chiama covert culture) rimane nascosta, e noi siamo in grado di vederne solo la punta (overt culture). Nella zona emersa rimangono a galla solo alcune manifestazioni della cultura, relative ai simboli, alle produzioni e ai comportamenti, mentre possiamo trovare sotto il livello del mare i valori, le norme e le credenze che ispirano relazioni di genere e di ruolo, il rapporto con la natura, le percezioni del tempo e dello spazio, gli stili di comunicazione verbale e non verbale, i criteri di bellezza e di giustizia. Inoltre la cultura nazionale è solo uno dei fattori di identità: si affiancano a questa la cultura etnica, regionale, professionale, generazionale e alter ancora, creando un mosaico davvero molto complesso.

Se possiamo faticosamente riconoscere questa complessità in noi stessi, diviene ancora più difficile farlo negli altri, anche perché siamo abituati a ragionare per "macrocategorie". La formazione di queste macrocategorie non può che dar luogo alla nascita di stereotipi o pregiudizi.

IL SIGNIFICATO DELLA PAROLA INCLUSIONE

La presenza di studenti figli di immigrati nelle scuole italiane ha acquisito con il passare degli anni una consistenza numericamente sempre più elevata. A livello nazionale, il Ministero dell'Università e della Ricerca predispone un sistema di rilevazioni annuali sul numero e la distribuzione degli studenti di cittadinanza non italiana nelle scuole del paese i cui risultati vengono successivamente diffusi in specifiche pubblicazioni. A partire da queste indagini, si è potuta attestare una crescita sempre maggiore delle presenze di alunni non italiani nelle scuole di ogni ordine e grado. Ciò che accomuna gli alunni stranieri, lasciando da parte la distin-

zione in diverse tipologie di ritratti (bambini stranieri di seconda generazione, bambini ricongiunti, bambini che giungono in Italia a seguito ad adozioni internazionali, i bambini giunti da soli, ecc...), è sicuramente la necessità di ridefinire la propria appartenenza, i propri legami di affiliazione, la fatica di riuscire ad abitare nuovi spazi senza smarrire se stessi, senza frammentare la propria storia, per poter elaborare alla fine appartenenze plurime ma unitarie. I contesti di accoglienza nei quali i bambini sono chiamati ad apprendere possono essere anche sensibilmente diversi: accanto a scuole accoglienti e responsabili, ve ne sono altre nelle quali essi transitano come esseri invisibili o sono considerati un disturbo rispetto a una situazione di normalità, da costruire il più in fretta possibile. Gli insegnanti accudenti, quelli che mostrano atteggiamenti eccessivamente protettivi nei loro confronti, si alternano a insegnanti rifiutanti, che tendono a non fare sconti e a richiedere gli stessi risultati, e altrettanto immediati, rispetto ai compagni; molto più rara è quella che può essere definita come accoglienza competente, in grado di gestire le ansie e lo smarrimento, la iniziale frammentazione di sé e la perdita dei punti di riferimento, ma anche di spiegare con chiarezza e far rispettare le regole del nuovo contesto. (Bettinelli G., Demetrio D., 1992)

Canevaro (2000) afferma che “quando arrivano ragazzi da Paesi lontani, la scuola può accoglierli con molta attenzione alla provenienza oppure li può accogliere con molta attenzione alla presenza. Sono due sfumature che, portate avanti, divergono molto. Queste due dimensioni possono essere accettabili entrambe come punto di partenza di un rapporto ed è importante che chi educa insegnando abbia una formazione e

un allenamento per capire qual è l'avvio di una relazione significativa e costruttiva”

INTEGRAZIONE E PARADOSSO

Ma noi abbiamo davvero chiaro qual è questo avvio, che ci permetterebbe di raggiungere quegli obiettivi tanto desiderati?

Oppure rischiamo di cadere in un tranello, di trovarci in un paradosso.

Partendo da questo principio mi chiedo come un processo di “forzata” assimilazione possa far sentire lo straniero, che per ragioni oggettive si percepisce egli stesso come differente, ben inteso che con il termine differente non si voglia dare un'accezione negativa. Il messaggio che a lui perviene (sei come me) si scontra cioè con la sua identità, quella di straniero secondo un'accezione positiva del termine.

Lo straniero non è solo l'immigrato ma anche l'emigrato. Non è solo la punta dell'iceberg ma è tutto il sommerso. Un sommerso che merita di avere l'opportunità di uscire allo scoperto, non di essere dimenticato.

Così come afferma Bauman (2010), l'idea dei diritti umani oggi deve tradursi nel diritto a rimanere diversi.

Il metalogo (parte 2°)

Figlia: mamma adesso che ho capito il significato della parola immigrazione, mi puoi dire se sono una bambina ben integrata? Ma se vuoi prima possiamo ragionare su altre cose...

Mamma: sì, vorrei prima ragionare con te su altre cose, per poi rispondere alla tua domanda.

Figlia: quali cose?

Mamma: vorrei parlare un po' di scuola insieme a te.

Figlia: di scuola? Mamma!! Che barba!! Vuoi sempre parlare di scuola e di compiti, tu!

Mamma: ma questa volta vorrei parlarne in modo diverso! Vorrei farti alcune domande...

Figlia: cioè?

Mamma: vorrei sapere quanti bambini ci sono nella tua classe.

Figlia: nella mia classe ci sono 25 bambini

Mamma: e di questi 25, quanti bambini sono italiani?

Figlia: tutti siamo italiani, mamma!!

Mamma: Ma come siete tutti italiani? Inza è italiano? Jada è italiana? Maria Helena è italiana?

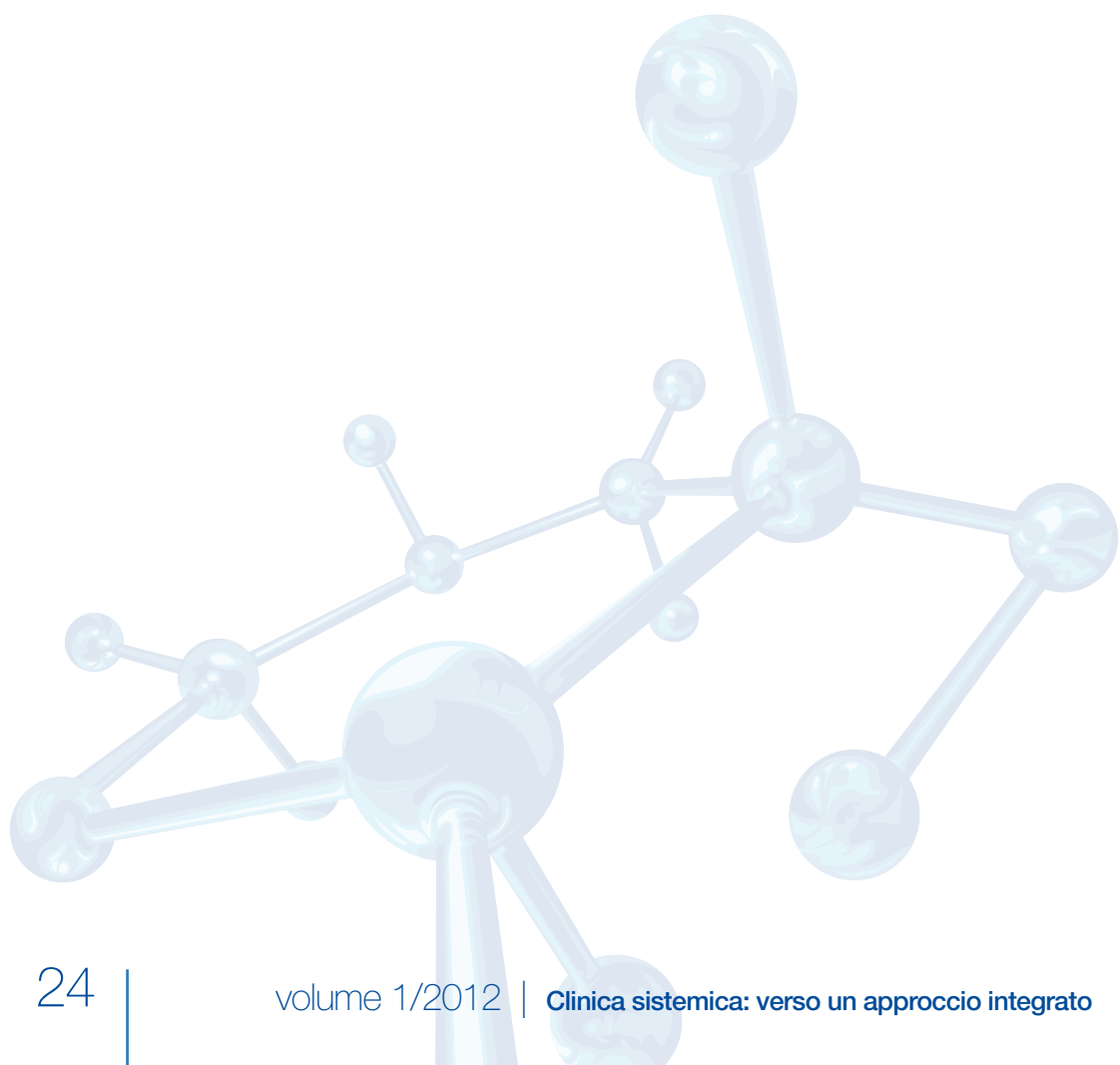
Figlia: certo mamma! Siamo tutti italiani.

Mamma: Adesso non ti arrabbiare! Posso solo dirti che, secondo me, la tua maestra non ha ragione.

Bibliografia

- ISTAT (2012). *Osservatorio sul fenomeno immigrazione*.
- Barberis, E., (2007). *Un'immigrazione nascosta, in Maggioni e Vincenti "nella scuola multi-culturale"*. Roma: Donzelli editore.
- Bauman Z., (2010). *Lo spettro dei barbari. Adesso e Allora*. Roma: Bevino Edizioni.
- Hall, E.T., (1982). *La dimensione nascosta*. Milano: Bompiani.
- Canevaro, A. (2000). Presentazione all'edizione italiana, in Green P. (a cura di), *Alunni immigrati nelle scuole europee. Dall'accoglienza al successo scolastico*. Trento: Erickson.
- Bettinelli, G., Demetrio, D., (1992). *Insegnanti e rappresentazione del bambino straniero*. In "scuola e città".





Il disturbo del comportamento alimentare: l'analisi di un caso clinico integrando differenti modelli teorici sistemici

Fabiana Achilli*, Ilaria Pascarella*, Luca Zucchini*

Sommario

Lo scopo del presente elaborato consiste nel fornire una panoramica del disturbo dell'anorexia, analizzato tramite il pensiero dei maggiori esponenti dell'approccio sistemico relazionale, quali Mara Selvini Palazzoli, Salvador Minuchin e Valeria Ugazio. Abbiamo inoltre analizzato un caso clinico, incontrato durante il tirocinio formativo, che evidenzia le caratteristiche principali del fenomeno dell'anorexia unitamente ai differenti pattern relazionali che caratterizzano il sistema familiare anoressico. L'approccio sistemico relazionale di Mara Selvini Palazzoli propone un cambiamento radicale nell'affrontare i problemi mentali, non più considerati di natura intrapsichica come postulato dal modello medico psichiatrico, bensì di natura interpersonale. Un altro contributo significativo è quello di Minuchin, che ha proposto il modello psicosomatico, secondo il quale la paziente anoressica cresce in un sistema caratterizzato da pattern relazionali quali invischiamento, rigidità, iperprotettività e deviazione del conflitto. L'approccio di Valeria Ugazio è basato su una prospettiva intersoggettiva alla psicopatologia: l'autrice sostiene che le persone con organizzazione tipica dei disturbi alimentari appartengono a contesti conversazionali dove dominano specifici significati. I quadri psicopatologici hanno infatti origine da specifiche modalità di organizzazione del significato delle conversazioni familiari. Introduce il concetto di polarità semantiche familiari come elemento centrale della pratica clinica.

Parole chiave:

Sistema, anoressia, polarità semantiche familiari, pattern relazionali, semantica del potere

Summary

The aim of the present study is to provide an overview of the disorder of anorexia, analyzed by thinking of the greatest exponents of the systemic relational approach, which are Mara Selvini Palazzoli, Salvador Minuchin and Valeria Ugazio. Besides we analyzed a clinical case, met during an internship, which highlights the main features of anorexia together with different relational patterns that characterize the family system where there is an anorexic patient. The systemic relational approach by Mara Selvini Palazzoli proposes a radical change in dealing with mental health problems that are no longer considered in intrapsychic nature, but in interpersonal nature. Also Minuchin gave a great contribution because he proposed the psychosomatic model, according to which the anorexic patient grows in a system characterized by relational patterns such as enmeshment, rigidity, protectiveness and deviation of the conflict. Valeria Ugazio's approach is based on a intersubjective perspective towards psychopathology: the author argues that the typical organization of people with eating disorders belong to conversational contexts where dominate specific meanings. The psychopathological outlines, in fact, originated from

specific organisational methods of the meaning of family conversations. Mara Selvini Palazzoli introduces the concept of semantic familiar polarities as a central element of clinical practice.

Key words:

System, anorexia, semantic familiar polarities, relational patterns, semantics of power

*Allievi 2 anno IDIPSI

INTRODUZIONE

Questo articolo discute un caso clinico di disturbo anoressico attraverso le chiavi di lettura della teoria dei sistemi di alcuni tra i più importanti autori che se ne sono occupati quali Mara Selvini Palazzoli, Salvador Minuchin e Valeria Ugazio.

Il valore della teoria dei sistemi nell'affrontare questo disturbo non è frutto solo di affermazioni autoreferenziali di chi appartiene a questo orientamento, ma anche della comunità scientifica internazionale che ha delineato specifiche linee guida (N.I.C.E. e A.P.A.)

DALL'APPROCCIO INDIVIDUALE A QUELLO SISTEMICO RELAZIONALE

Selvini Palazzoli è diventata pioniera nel campo dell'approccio terapeutico con pazienti anoressiche mettendo a punto con eco internazionale una nuova concezione che prevedeva l'allargamento della presa in carico dal solo soggetto portatore del sintomo all'intero sistema familiare di riferimento.

Le origini di questa nuova posizione si basano sulla radicale trasformazione che si è compiuta nell'approccio psichiatrico alla schizofrenia. Già nel 1959 Haley sosteneva che la maggior parte degli schizofrenici appartenesse a famiglie con una madre patologica e con un padre inadeguato.

Selvini Palazzoli (1963) tentò di applicare questa nuova concezione con un membro

anoressico, in sintonia con l'idea che tutte le forme di malattia mentale devono essere considerate adattamenti logici a un sistema relazionale deviante e illogico.

Ipotizzava che il sintomo anoressico non è espressione del disordine intrapsichico del paziente ma di problemi legati al suo contesto relazionale familiare. Pertanto, riteneva necessario rivedere il tradizionale vocabolario psicologico e psicoanalitico per introdurre nuovi termini come "alleanza" e "coalizione". Era necessario (Haley,1971) descrivere e classificare i modelli abituali di comportamento/risposta scambiati tra i familiari.

L'evoluzione del suo modello è ha proposto in tempistiche distinte anche l'utilizzo di diverse strategie terapeutiche:

- La prescrizione paradossale che prevede che il paziente venga provocatoriamente sfidato a continuare nel suo comportamento problematico e sintomatico in quanto utile sacrificio a favore di altri membri della famiglia.
- La prescrizione invariabile che individua una procedura standard attraverso cui si effettuano una serie invariabile di prescrizioni nei confronti dei genitori per creare o rafforzare una forte alleanza tra loro e con i terapeuti finalizzate a spingerli ad incrementare i propri livelli di autonomia e favorire la riduzione dell'invischiamento dei figli.
- Lo svelamento del gioco che consiste nell'effettuare un'ipotesi del funzionamento fami-

liare e discuterla con la famiglia in modo diretto e non attraverso interventi provocatori.

ANORESSIA MENTALE E APPROCCIO STRUTTURALISTA: IL MODELLO PSICOSOMATICO DI MINUCHIN

Il modello psicosomatico di Minuchin (1980) ha posto l'attenzione su quattro modelli di interazione disfunzionale che sarebbero tipici dei sistemi familiari con membri anoressici: invischiamento, iperprotettività, evitamento del conflitto e rigidità.

L'invischiamento

L'invischiamento si esprime attraverso il comportamento di intrusione di alcuni membri della famiglia nei pensieri, nei sentimenti, nelle azioni e nella comunicazione di altri determinando una significativa labilità dei confini tra gli individui e i sottosistemi generazionali e confusione di funzioni e di ruoli, oltre che un restringimento degli spazi di autonomia personale.

Minuchin ha definito questi contesti relazioni come "Famiglie con le porte aperte".

L'anoressica si trova perciò in una trappola che le preclude la possibilità di evolvere verso la piena autonomia.

In effetti, il sintomo anoressico si sviluppa all'interno di una famiglia caratterizzata da modelli relazionali altamente invischiati, in cui sono essenziali la prossimità nel contatto interpersonale, la rilevanza della lealtà e della protezione a detrimento dell'autonomia e dell'autorealizzazione, la logica dell'approvazione, anziché della competenza, in attività come lo studio.

Il terapeuta deve trovare i modi per sostenere i processi di individuazione, evitando di sfidare troppo apertamente il senso unità della famiglia.

A volte fa uso della sua autorità all'interno del

sistema terapeutico per bloccare le manovre intrusive dei genitori e della ragazza, altre volte usa se stesso nello stile di prossimità che caratterizza la famiglia, entrando a turno in coalizione contro alcuni membri per sbilanciare il sistema familiare e favorire le ristrutturazioni del sistema relazionale su basi più flessibili. Entrando ancora di più nel dettaglio, i tentativi di superare l'invischiamento possono consistere nel sostenere:

- lo spazio vitale individuale
- la definizione del sottosistema
- l'organizzazione gerarchica del sistema familiare.

L'iperprotettività

L'iperprotettività si esprime nella eccessiva preoccupazione ed attenzione di alcuni membri della famiglia verso altri. La famiglia con membro anoressico si mobilita verso il portatore del sintomo, trascurando altri problemi, difficoltà, dolori e conflitti che possono situarsi in altre parti del sistema.

Il terapeuta può tentare di far acquisire alla famiglia consapevolezza della sua modalità iperprotettiva attraverso l'utilizzo di strategie che decentrino l'attenzione dei genitori dalla figlia anoressica verso altre parti del sistema familiare.

L'evitamento o deviazione dal conflitto

L'evitamento o deviazione del conflitto consiste nel tentativo di evitare che questo emerga o di spostare, comunque, il luogo in cui si esprime. Nel caso specifico, il portatore del sintomo alimentare catalizza l'attenzione degli altri membri familiari distraendola dalla dinamica conflittuale; analogamente due membri familiari in contrasto esprimono e indirizzano lo stato di tensione sul membro familiare che soffre di un disturbo alimentare.

L'intervento terapeutico intende ripristinare i

confini generazionali all'interno del nucleo familiare favorendo l'espressione delle tensioni, dei non detti e delle conflittualità latenti. Ad es. quando due membri della famiglia esprimono una differenza di opinione, il terapeuta può chiedere loro di sedersi vicini, che discutano dell'argomento bloccando gli eventuali interventi degli altri membri della famiglia.

La Rigidità

La rigidità del sistema familiare è caratterizzata da modalità di funzionamento ripetitive e invariabili anche quando si presenta la necessità di adattarsi a cambiamenti del contesto esterno o di un suo membro interno. Queste famiglie in genere si autorappresentano come armoniose e unite: il sintomo anoressico confermerebbe l'eccezione alla regola.

In realtà è probabile scorgere relazioni di coppia, spesso caratterizzate da problemi di comunicazione o conflittualità nascoste ed irrisolte, che rimangono congelate nell'illusione di preservare l'unità familiare e i propri equilibri. Quando sulla scena irrompe un brusco cambiamento come l'ingresso nell'adolescenza della figlia, improvvisamente scontrosa, chiusa e testarda, la rigidità del sistema non permette una riorganizzazione delle relazioni: in effetti, l'attuazione di cambiamenti potrebbe mettere a repentaglio quegli equilibri che, se pur in maniera precaria, mantengono tra i due genitori un'armonia apparente. Ecco che allora lo sviluppo adolescenziale bloccato, all'interno di un sistema familiare congelato, si trasforma in sintomo anoressico.

L'intervento psicoterapeutico

I genitori della paziente anoressica spesso ritengono che il proprio compito sia quello di accompagnare la figlia in terapia. Secondo loro qualcosa nella figlia è andato terribilmente storto ed essi si aspettano che il terapeuta

lavori su di lei, pensando che una guarigione renderà di nuovo possibile tornare alla vita familiare precedente l'insorgenza della malattia. L'obiettivo della terapia è che cambi non solo l'individuo, ma anche il sistema di funzionamento della famiglia, in modo da soddisfare tutti i bisogni di autonomia e di sostegno dei suoi membri. La famiglia anoressica risulta sprovvista della capacità di adattamento e di risoluzione di situazioni problematiche. I modelli abituali, benché inefficaci, sono divenuti così rigidi che non sembra possibile agire alcuna alternativa.

Diventa necessario scuotere il sistema familiare per facilitare la comparsa di modalità di transattive alternative a quelle già descritte (invischiamento, iperprotezione, evitamento del conflitto, rigidità), focalizzando dapprima i sintomi anoressici, successivamente le interazioni che sostengono la sintomatologia. Il terapeuta assume la guida del sistema presentandosi come esperto, stabilendo le regole del sistema, controllando il flusso delle transazioni, organizzando o squilibrando le diadi, sostenendo o sottoponendo a tensione i membri della famiglia e, in generale, esplorando insieme a loro il modo di vedere la realtà anche offrendo delle alternative che introducano nuove prospettive.

Il terapeuta deve essere capace di mettere in atto delle manovre terapeutiche di alta intensità per poter produrre un qualche effetto.

LA PROSPETTIVA INTERSOGETTIVA DEL DISTURBO ANORESSICO

Ugazio (1998, 2012) "apre la scatola nera" della comunicazione ponendo attenzione ai sistemi di significato e non limitandosi agli aspetti pragmatici descritti magistralmente da Watzlavick (1967). Ritiene che ogni famiglia sia caratterizzata da determinate semantiche polari (ad es. essere libertà/ protezione; bon-

tà/cattiveria) in relazione a cui i suoi membri definiscono la propria posizione ovvero, per utilizzare il suo linguaggio, si com-pongono. (ad es. il padre è cattivo, la madre è buona). Le modalità con cui i membri familiari si com-pongono determinano le modalità di funzionamento del loro sistema di riferimento.

Ha proposto un modello intersoggettivo della psicopatologia sistematizzando la descrizione delle semantiche familiari per individuare le organizzazioni fobiche, ossessive, depressive e quelle tipiche dei disturbi alimentari.

Ha descritto il disturbo del comportamento alimentare come caratterizzante le famiglie centrate sulla semantica del potere che si declina nelle polarità "vincente/perdente" e "volontà/arrendevolezza". Si è vincenti perché si è volitivi e si è perdenti perché si è passivi.

L'anoressica si com-pone in modo vincente nel momento in cui impone alla famiglia la propria volontà alimentare e il corpo emaciato, ma gli altri membri familiari a loro volta non accettano la polarità di perdenti, la posizione passività e quindi lottano per vincere ad es. controllando l'alimentazione e il peso corporeo del membro familiare anoressico.

Le attivazioni dei perdenti finiscono per rendere necessari ai vincenti di impegnarsi costantemente per tentare di conservare la propria superiorità. Le differenze divengono sinonimo di prevaricazione e per questo la differenziazione individuale è ostacolata.

Queste famiglie sono molto concentrate sul confronto e sulla competizione: quando la competizione raggiunge livelli estremi, si verificano escalation relazionali che devono essere contenute in quanto rappresentano una minaccia per la coesione del gruppo famiglia.

La costruzione di un'alleanza terapeutica con queste famiglie appare particolarmente complessa in quanto la semantica del pote-

re, ovvero la dimensione competitiva, sembra giocare anche nella relazione terapeutica. Il terapeuta deve tener conto di questo ed attivarsi al fine di trasformare la modalità competitiva in collaborativa attraverso la proposizione di semantiche diverse da quelle abituali per la famiglia.

È interessante osservare che Selvini Palazzoli, Boscolo, Cecchin e Prata (1975), avendo colto la centralità della dimensione del potere, sfidavano l'opposizione della famiglia e tra i suoi membri attraverso interventi paradossali di cui erano maestri.

PRESENTAZIONE DI UN CASO CLINICO: LA STORIA DI ELISA

Elisa è un'adolescente di 17 anni che frequenta la scuola superiore e vive in una famiglia composta da una sorella di qualche anno più piccola e dai suoi genitori che, per motivi di lavoro, sono spesso assenti e rientrano a casa solo a tarda ora.

Due anni fa ha intrapreso una dieta per affrontare il proprio sovrappeso: il raggiungimento del peso, circa 70 kg, era stato favorito dal fatto che lei e la sua sorellina hanno sempre trascorso la maggior parte della giornata a casa della nonna materna che, dedita all'arte culinaria, le rimpinzava di cibo. Nel giro di qualche mese ha raggiunto i 45 kg e sviluppato l'amenorrea.

Presenta le caratteristiche della classica anoressica: perfezionista, eccellente a scuola, ben educata e con modi molto gentili, salvo mostrare forte aggressività nel momento in cui deve difendere la volontà di dimagrire.

Racconta di aver iniziato la dieta nel momento in cui ha cominciato a pensare con la propria testa.

I genitori si sono allarmati dal comportamento della figlia: hanno cominciato a controllare pesantemente la sua alimentazione e, come

spesso accade in questi casi, il rapporto con lei è diventato fortemente conflittuale.

La madre, in particolare, si sente ossessionata dalle continue richieste di attenzioni della figlia: le telefona continuamente, oppure la sequestra quando è a casa e la inonda di tutte le sue ossessioni alimentari e corporee.

La nonna materna pare una figura centrale delle dinamiche familiari se è vero che la stessa:

- aveva con Elisa prima che iniziasse la dieta, un legame molto intenso che successivamente è diventato molto conflittuale;
- obbliga la sorella a mangiare più di ciò che vorrebbe;
- ha avuto come figlie la madre e la zia di Elisa che rimpinzava di cibo e che hanno sofferto a loro volta problemi alimentari al punto che da bambine e ragazze erano obese; la madre li ha risolti cominciando a contenere l'alimentazione, la zia ha avuto un calo ponderale notevole ottenuto anche attraverso il nascondere il cibo e il vomito;
- in passato ha un forte screzio con il padre (soprattutto per le questioni alimentari) fino a prodursi una frattura nei loro rapporti.

Il caso è stato affrontato con una terapia familiare che ha ricompreso in maniera simbolica anche la figura della nonna, assente fisicamente in terapia ma presentificata attraverso l'utilizzo della tecnica della "sedia vuota, cioè in sintonia con l'approccio sistemico relazionale di Selvini Palazzoli che amplia il campo di osservazione dalla monade (Elisa) al suo sistema di riferimento.

Il gioco familiare, anzi i giochi familiari che potrebbe essere ipotizzati e quindi svelati si riferiscono al tentativo evolutivo di Elisa di sganciarsi dal gioco di alleanze e dalle conflittualità intrafamiliari (come riportato nello schema sottostante), nello specifico di:

- di diventare indipendente dall'adulto, in

particolare dalla nonna, attraverso il rifiuto, o comunque la drastica diminuzione, della alimentazione;

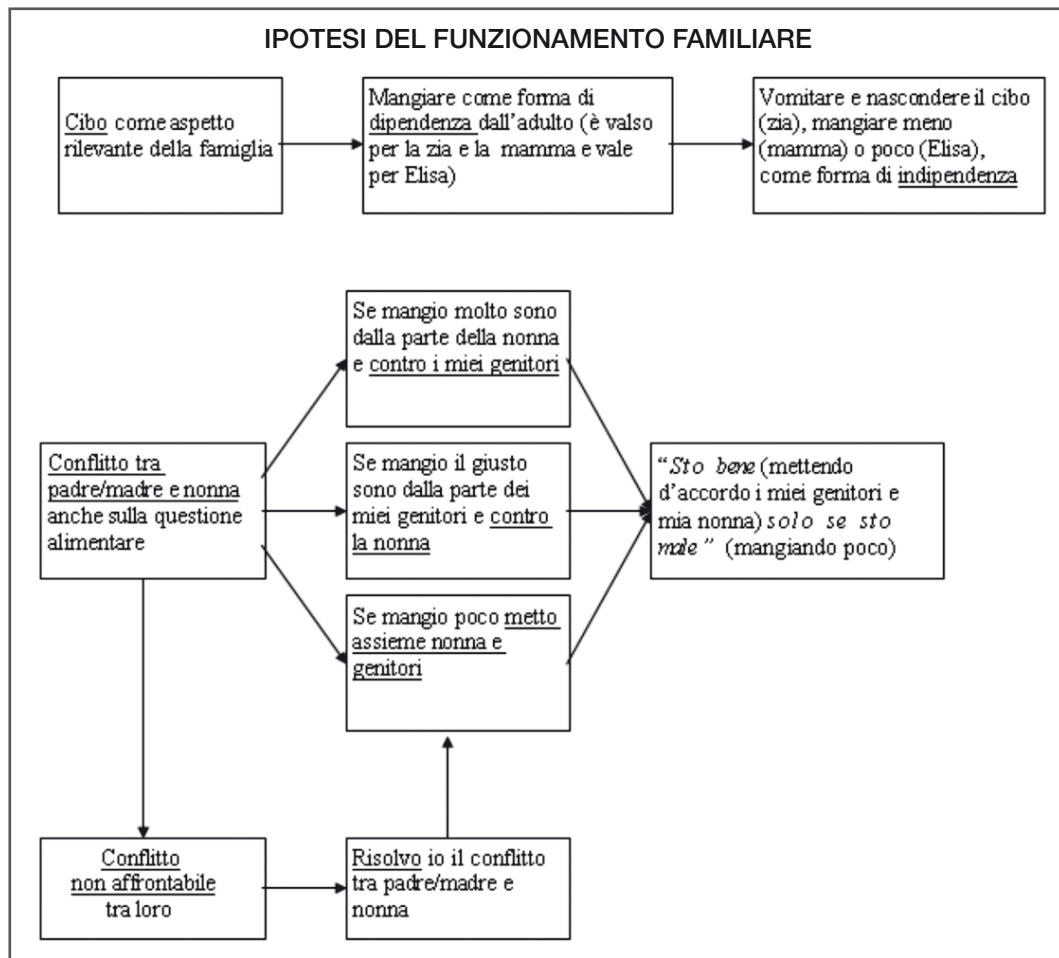
- di mettere pace tra nonna e genitori costruendo tra loro un'alleanza sorretta dalla comune preoccupazione relativa al proprio comportamento alimentare.

Il modello psicosomatico di Minuchin (1980) fornisce "lenti" attraverso cui leggere i pattern relazionali tipici delle famiglie con paziente anoressico, nel caso in esame:

- la rigidità della famiglia si ritrova nell'insistenza con cui i genitori considerano la figlia come malata e in come lei si lamenta che gli stessi non si occupino sufficientemente di lei;
- l'invischiamento familiare si esprime attraverso le continue discussioni e telefonate che Elisa intrattiene con la madre, ma anche il continuo controllo che i genitori operano rispetto il suo comportamento alimentare;
- la deviazione/evitamento del conflitto si realizza attraverso lo spostamento di attenzione, dalle tensioni della coppia genitoriale o tra i genitori e la nonna, su Elisa; tra l'altro è interessante rilevare i genitori quasi sembrano dimenticare dell'esistenza dell'altra figlia che pure vive le tensioni familiari oltre che la complicata fase del ciclo di vita di pre-adolescente;
- l'iperprotettività dei genitori si rivela tra l'altro nell'assicurare la montagna di chewing gum di cui la figlia fa uso addirittura sostituendosi a lei nelle operazioni d'acquisto, oppure nell'accompagnarla sistematicamente ovunque anche per brevi tragitti (a scuola, al supermercato vicino a casa...).

Il modello intersoggettivo di Ugazio (1998) evidenzia che la semantica prevalente in questa famiglia è rappresentata dalla polarità vincente/perdente e opporsi/adeguarsi. Elisa si oppone alle richieste familiari rifiutando le

IPOTESI DEL FUNZIONAMENTO FAMILIARE



modalità di alimentazione proposte dai genitori e dalla nonna ed esibendo un corpo emaciato: a tal proposito è emblematica un'affermazione di Elisa: "...io sto bene solo se sto male...", che si potrebbero rileggere come "lo sto bene" (ovvero mi sento vincente perché non mangio e mi oppongo ai miei genitori che vogliono che mangi), "...solo se sto male" (dimagrisco, mi sento debole, sono dipendente dalle disconferme degli altri.)

È come se Elisa si trovasse prigioniera all'interno di una definizione indecidibile (Ugazio utilizza il concetto di circuito riflessivo bizzarro). Una possibile via d'uscita può essere individuata spostando l'attenzione dal cibo

al sistema relazionale nel quale la ragazza è immersa, ovvero come si compone ponendo la domanda: "In quale gioco di alleanze questa ragazza è intrappolata?"

Pertanto, si può affermare che l'intervento terapeutico può consistere nell'identificazione di modalità relazionali alternative a quelle abituali che consentano alla famiglia di uscire da questa trappola relazionale.

Per concludere, qui sotto sono stati raggruppati alcuni percorsi terapeutici, trasversali agli approcci descritti, che potrebbero aiutare a superare i problemi del caso esposto:

- adottare strategie che consentano di esplicitare il rapporto conflittuale esistente tra

Elisa e la nonna, tra il padre e la suocera e tra la madre di Elisa e la nonna;

- Portare alla luce ed esplicitare i “non detti” che transitano in questa vicenda familiare;
- fornire una chiave di lettura che chiarisca che la malattia di Elisa potrebbe essere la con-causa di difficoltà relazionali familiari;
- proporre un percorso terapeutico basato sul riconoscimento e sull’espressione delle emozioni (sensi di colpa, ansie, angosce);
- andare oltre la “semantica critica” rappresentata dal comportamento alimentare e scorgere le dinamiche relazionali sottostanti al malessere familiare;
- favorire la differenziazione di ciascun componente ed incrementare l’autonomia personale di Elisa.

Bibliografia

- Haley, J. (1971). *Fondamenti di terapia della famiglia*. Tr. it. (1980) Milano: Feltrinelli.
- Minuchin, S. (1980). *Famiglie psicosomatiche. L’anoressia mentale nel contesto familiare*. Roma: Astrolabio.
- Selvini Palazzoli, M. (1963). *L’anoressia mentale*. Milano: Feltrinelli.
- Selvini Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M., Sorrentino A.M. (1998). *Ragazze anoressiche e bulimiche. La terapia familiare*. Milano: Raffaello Cortina.
- Selvini Palazzoli, M. (2006). *L’anoressia mentale. Dalla terapia individuale alla terapia familiare*. Milano: Raffaello Cortina.
- Tavolo Regionale DCA dell’Emilia-Romagna (2009). *Linee di indirizzo tecnico per la costruzione di percorsi clinici per persone affette da Disturbi del Comportamento Alimentare - Attuazione DGR 1298/09*.
- Ugazio, V. (1998). *Storie permesse storie proibite. Polarità semantiche familiari e psicopatologie*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Ugazio, V. (2012 2^a edizione). *Storie permesse storie proibite. Polarità semantiche familiari e psicopatologie*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Watzlavick, P., Beavin, J.H., Jackson, D.D., (1967). *Pragmatica della comunicazione umana*. Tr. it. (1971) Roma: Astrolabio.

Sordità e salute psichica

Integrare linguaggi differenti

Agostino Curti*

Sommario

Il presente contributo nasce con l'intento di esplorare e far conoscere il fenomeno della sordità. Partendo dall'analisi dello sviluppo (cognitivo, linguistico, emotivo-relazionale e dell'identità) della persona sorda, si vuole dimostrare, anche alla luce della personale esperienza dell'autore, che gli individui sordi non sono malati o ritardati mentali, ma persone capaci, in grado di comunicare e di ottenere ottimi risultati in campo scolastico, lavorativo e sociale. Particolare attenzione viene prestata al ruolo degli ambienti familiare, sociale e scolastico (aspettative, accettazione, qualità delle interazioni) nel determinare il buon esito di questo percorso.

Parole chiave:

Sordità, deficit, handicap, pregiudizi, identità, sviluppo cognitivo, linguaggio, competenze sociali, affettività, accettazione, comunicazione, integrazione, salute mentale

Summary

The purpose of this work is to explore and understand the world of deafness. Based on the analysis of development (cognitive, linguistic, emotional, relational and of the identity) of the deaf person, this work aims at demonstrate, in the light of a personal experience of the author, that deaf people are not ill or mentally retarded, but capable people, able to communicate and get excellent results in the field of education, employment and social integration. Particular attention is given to the role of the family environment, social and school (expectations, acceptance, quality of interactions) in determining the success of this process.

Key words:

Deafness, deficit, handicap, prejudices, identity, cognitive development, language, social competence, affectivity, acceptance, communication, integration, mental health

*Allievo 1 anno IDIPSI

“È difficile per una persona udente capire veramente che cosa significhi essere sordi. Incredibilmente, la cosa che un sordo desidera di più è il silenzio. Il silenzio dalle amate e odiatissime protesi. Quando sei piccolo ti obbligano a portarle nella speranza di utilizzare anche il minimo residuo uditivo. Da adolescente te le togli di nascosto, cercando scampo a quel continuo rumore di fondo che accompagna la tua vita e che a volte ti fa impazzire. Poi da grande, quando metti sul piano della bilancia il vantaggio che ne trai e i fastidi che provi, finisce che rinunci e le riponi nel cassetto: ricordo di una lotta perduta. Ma gli udenti, che cosa ne fanno?” (Maragna, 2000, pag. 2).

LA SORDITÀ

Parlando di sordità è importante chiarire la profonda differenza che esiste fra handicap e deficit. Il deficit riguarda la compromissione fisiologica dell'udito, quantità e qualità della perdita uditiva; l'handicap, invece, si riferisce ai limiti, agli impedimenti ed alle difficoltà che il sordo incontra nell'ambiente, riguarda quindi gli aspetti sociali del vivere, le implicazioni socio-psicologiche del deficit (Mottez B., in Montanini M. et al, 1979). Con il termine sordità si intende il deficit della capacità uditiva che può essere classificato come:

1. lieve (da 25 a 40 db)
2. moderato (da 40 a 55db)
3. medio (da 55 a 70 db)
4. grave (da 70 a 90 db)
5. totale o profondo (oltre i 90 db)

In realtà, nessuna persona cosiddetta “normale” sente perfettamente, tanto che, anche nei normoudenti possono registrarsi perdite di udito intorno ai 15/25 db; e, quando la mancanza di decibel supera questa soglia, si entra dunque nel campo della sordità.

Le cause che determinano una perdita di

udito sono svariate e possono essere a carico di una delle tre parti che costituiscono l'apparato auricolare: l'orecchio esterno, l'orecchio medio e l'orecchio interno. Solo le lesioni dell'orecchio interno, non curabili attraverso i farmaci, risultano responsabili di quella che viene definita “sordità”.

Si può parlare di:

- a) sordità di conduzione, dovuta a lesioni dell'orecchio esterno o medio: il danno dal punto di vista uditivo non è grave (la persona distingue i suoni dalle parole se pronunciate ad intensità maggiori dei valori normali);
- b) sordità neurosensoriale che può interessare in modo più o meno grave l'orecchio interno o il nervo acustico (coclea).

Classificazione della sordità.

Fin dal 1950, essa viene suddivisa in due classi:

- 1) sordità acquisita
- 2) sordità ereditaria

Le forme acquisite (40%), cioè non genetiche, si distinguono, a seconda del periodo di insorgenza, in:

- 1) prenatali, causate ad agenti patogeni che agiscono direttamente sul feto, come virus o batteri;
- 2) neonatali, come conseguenza ad esempio di traumi avvenuti durante il parto, anossia, prematurità o ittero neonatale;
- 3) postnatali, attribuibili a traumi, malattie microbiche e virali o intossicazioni da farmaci.

Le sordità ereditarie (60%) si distinguono in:
- sindromiche, caratterizzate dal fatto che il deficit acustico è associato ad altre patologie;

- non sindromiche che possono essere recessive (quando la sordità è presente solo in alcuni individui distribuiti in molte generazioni) e dominanti (quando la sordità riguarda molti individui di ogni generazione).

È la forma recessiva ad essere responsabile

delle sordità più gravi; essa, infatti, si manifesta alla nascita e non è modificabile nel tempo.

SORDITÀ E SVILUPPO COGNITIVO

L'udito consente al bambino di ricevere naturalmente una serie di informazioni che contribuiscono a sviluppare e potenziare le sue capacità cognitive.

Grazie all'imitazione di ciò che sentono dire dall'adulto, molti bambini udenti sono in grado di produrre vere e proprie parole già prima dell'anno e mezzo di vita: dai 18 mesi circa, divengono consapevoli del fatto che ogni oggetto possiede un nome e, grazie ai racconti delle persone che li accudiscono, cominciano ad utilizzare tali nomi come simboli che permettono di rievocare oggetti visti in precedenza: il ripetersi di questo processo permette lo sviluppo dell'intelligenza rappresentativa.

Inizialmente il pensiero del bambino rimane a livello concreto, cioè legato a ciò che può vedere e sperimentare direttamente, ma col passare del tempo il bambino diviene in grado di concettualizzare pensieri e contenuti astratti.

Gli studi che hanno indagato il problema dello sviluppo cognitivo dei bambini sordi sono numerosi, ma i risultati sono spesso contraddittori e non confrontabili a causa delle diverse metodologie usate.

Borelli-Vincent (1951;1957) rilevarono che nei bambini sordi si osservava uno sviluppo cognitivo regolare, benché più lento, con un ritardo di circa un anno e mezzo rispetto ai bambini udenti.

Per Oleron e Herren (1961) tale ritardo sarebbe addirittura di 6 anni. Bartin (1981), rielaborando quelle stesse ricerche, valutò un ritardo dei sordi di circa 2 anni.

Si può affermare che il percorso cognitivo

dei non udenti è del tutto simile a quello degli udenti, anche se con ritmi più lenti. Il ritardo temporale nello sviluppo cognitivo può essere imputato a molteplici aspetti psicologici: ambito relazionale, formazione della personalità, sviluppo della comunicazione (verbale e non), capacità cognitive individuali.

I bambini sordi preverbali, cioè diventati sordi prima dell'acquisizione del linguaggio, anche se vengono rieducati alla parola (tramite logopedia), mancano di esperienze precoci di apprendimento del linguaggio, per cui, riescono a sviluppare correttamente l'intelligenza concreta, ma manifestano difficoltà nello sviluppo dell'intelligenza rappresentativa e quindi nella capacità di astrazione e simbolizzazione; il pensiero della persona sorda preverbale, quindi, risulta ancorato alla realtà concreta e ciò ostacola anche la comparsa della capacità di previsione che implica l'uso dell'intelligenza rappresentativa.

Lo sviluppo cognitivo dei bambini sordi si differenzia da quello tipico dei bambini udenti in molte aree che coinvolgono la memoria visiva e verbale.

In particolare, il peso di fattori come la memoria a breve termine e l'attenzione è stato indagato da Ottem (1980) che riscontrò come i bambini sordi ottenessero punteggi inferiori a quelli dei coetanei udenti quando si chiedeva loro di focalizzare l'attenzione su più di una dimensione contemporaneamente nelle prove a cui erano sottoposti.

Una possibile spiegazione di questi risultati si può riferire alla capacità dei bambini sordi di dirigere correttamente la propria attenzione durante l'esecuzione di compiti cognitivi: è stato ipotizzato infatti che la tendenza verso l'impulsività sociale, insieme a possibili concomitanti neurologiche della sordità, possa produrre difficoltà di attenzione.

Inoltre, le difficoltà incontrate nei compiti che

richiedono la ritenzione o la manipolazione di molteplici dimensioni può suggerire una limitata capacità di memoria a breve termine nei bambini sordi oppure il ricorso a strategie di codifica alternative, non adatte a quel compito particolare.

In ambito educativo, il principale interesse degli studi attuali è l'indagine delle relazioni fra QI e apprendimento.

Oltre all'intelligenza, tuttavia, ci sono probabilmente altri fattori che influiscono sull'apprendimento del bambino sordo: aspetti legati allo sviluppo sociale, all'acquisizione del linguaggio, alle modalità educative utilizzate in famiglia e agli stimoli ricevuti.

Nonostante tutte le limitazioni che la sordità provoca, oggi non è più considerata come causa di debolezza mentale: prove non verbali e test specifici mostrano come i soggetti sordi, molto spesso, sviluppino un QI vicino alla norma o nella norma anche se manifestano ritardo nelle prestazioni scolastiche.

È errato considerare i bambini sordi destinati al ritardo mentale; è invece necessario partire dall'idea che essi dispongano di una costellazione di abilità intellettive diversificate da quelle dei bambini udenti e che siano quindi necessarie esperienze educative calibrate sulle loro potenzialità.

La mancanza di esperienze significative e utili allo sviluppo mentale conduce a ritardi di apprendimento anche nei bambini con punteggi di QI nella norma.

Tuttavia, piuttosto che determinare i punteggi ai test di intelligenza ottenuti dai bambini sordi rispetto ai coetanei udenti, sarebbe utile individuare i punti di forza e di debolezza nel repertorio psicologico dei primi, al fine di sviluppare strumenti che permettano di utilizzare le loro abilità, rafforzando o compensando i deficit.

Antia (1985), affrontando il problema della

sordità nel percorso scolastico, sottolinea come si sia ancora lontani dalla realizzazione di condizioni indispensabili per una effettiva integrazione scolastica dei sordi, quali: rapporto di vicinanza fisica, comportamenti sociali interattivi (verbali e non), assimilazione (inclusione nella classe) e accettazione sociale. Dagli studi sembra emergere che la mancata integrazione, unita ad atteggiamenti di indifferenza, può portare i soggetti non udenti a sviluppare nel corso degli anni un'immagine negativa di sé e della propria socializzazione.

SORDITÀ E SVILUPPO DEL LINGUAGGIO

Il linguaggio è lo strumento che ci permette di comunicare con l'ambiente circostante.

Nel bambino sordo, maggiore è il deficit acustico e più problematico potrà essere lo sviluppo del linguaggio: l'incapacità di sentire qualsiasi rumore può comportare persino una condizione di mutismo.

Il momento di insorgenza della sordità si rivela fondamentale per l'acquisizione del linguaggio: il bambino sordo "post linguistico", che ha precedentemente imparato a parlare, avrà già acquisito la capacità di costruire concetti e pensieri, quindi l'handicap non rischierà di influire sul suo sviluppo intellettuale; il sordo "prelinguistico", al contrario, potrà vedere compromessa la sua capacità di espressione verbale, così come anche il suo sviluppo cognitivo.

Il mancato sviluppo del linguaggio comporta nel bambino un inevitabile isolamento dal resto del mondo e dai contesti di socializzazione nei quali vive ed una altrettanto inevitabile difficoltà a scoprire le intenzioni delle persone udenti che lo circondano.

Dal punto di vista dell'apprendimento scolastico, bisogna ricordare che, nel bambino udente, il linguaggio parlato è acquisito

spontaneamente, mentre nel bambino sordo deve essere acquisito attraverso la rieducazione logopedica: se la sordità è così severa da non permettere al bambino di sentire il suono della voce, la produzione verbale sarà molto limitata e sarà spesso una semplice memorizzazione dell'articolazione della parola, senza una reale interiorizzazione della stessa.

Oltre a questo, il bambino sordo deve imparare ad usare in modo corretto la propria voce, compito difficile a causa del fatto che lui non la sente.

Possiede pertanto un vocabolario limitato, conosce pochi nomi delle cose che lo circondano e ancora meno vocaboli astratti in quanto, non potendoli indicare nello spazio, sono per lui di difficile accesso; concetti molto banali per i coetanei possono diventare complessi per chi non sente.

Quando un bambino sordo non può accedere alla comunicazione verbale, può sviluppare una serie di comportamenti non adeguati come rumorosità, momenti isterici o di collera, insicurezza.

Grande importanza assume allora l'ambiente circostante che deve rispondere in modo adeguato al bambino, in base alle sue potenzialità comunicative e interattive, creando condizioni favorevoli per lo sviluppo del linguaggio e delle modalità comunicative in generale.

Pylyshyn (1977) ha studiato la relazione fra linguaggio e cognizione per capire cosa fosse necessario per lo sviluppo del linguaggio, concludendo che ciò che serve è un sistema concettuale primitivo disponibile.

Tale sistema concettuale, che struttura o è strutturato dall'esperienza, orienta l'attenzione del bambino sordo verso quegli aspetti dell'ambiente che, in un secondo tempo, verranno comunicati tramite la lingua dei

segni (Potter, 1979). McNeill (1985), d'altra parte, sostiene che i primi gesti dei bambini, sia sordi che udenti, fornirebbero importanti informazioni circa le caratteristiche dei primi segni per i bambini sordi e delle prime parole per i bambini udenti, ma ritiene che il sistema concettuale primitivo di cui parla Pylyshyn non sia specifico per il linguaggio. Le prime esperienze del bambino contribuiscono a strutturare il linguaggio e la cognizione, che si possono considerare sistemi indipendenti ma, allo stesso tempo, interconnessi. La loro apparente similitudine dipende dal sistema biologico comune e dalle esperienze che li sottendono ed è proprio la carenza di queste ultime, nel bambino sordo, ad avere notevoli implicazioni per l'acquisizione del linguaggio e per lo sviluppo sociale e cognitivo.

Nelson (1973) ha rilevato che i bambini sordi, rispetto ai coetanei non udenti, frequentano meno l'ambiente esterno alla casa ed hanno meno compagni di gioco. Se per i bambini udenti la relazione fra numero dei compagni e sviluppo del linguaggio non è particolarmente significativa, per i bambini sordi essa ha un altro peso: per questi bambini, l'incontro con compagni di gioco anch'essi sordi offrirebbe una possibilità proficua di comunicazione attraverso il linguaggio fatto di segni che non sempre è possibile con i genitori udenti.

Inoltre, l'intrusività delle madri è stata correlata con i ritmi più lenti di sviluppo del linguaggio nei bambini sordi, sebbene intervengono anche altre variabili.

La differenza nell'esperienza con le cose, insieme alla comunicazione linguistica povera fornita dagli adulti e dai pari, può spiegare le particolarità della struttura della conoscenza concettuale del bambino sordo.

Poiché, secondo quanto affermato da John-

son (1989), l'impoverimento delle basi per lo sviluppo del linguaggio non viene compensato con l'inizio della scuola, numerosi autori ed educatori sottolineano l'importanza della partecipazione a training di linguaggio al di fuori dal contesto scolastico.

La lingua dei segni

I bambini, sia udenti che sordi, utilizzano i primi gesti per entrare in contatto con le figure di riferimento che li circondano. Tali gesti verranno in seguito affinati attraverso la sperimentazione e i feedback dell'ambiente. Intorno ai 6-8 mesi di età, i bambini sia sordi che udenti producono gesti significativi ed entro il primo anno di vita sviluppano un sistema di gesti convenzionali e consistenti. Alla fine del primo anno la comparsa delle parole non sostituirà i gesti, ma si affiancherà ad essi con diversi ruoli comunicativi.

Il bambino sordo, in ogni caso, inventa gesti per comunicare, crea un codice personale, fatto di segni, che lo mette in contatto con il resto del mondo, creando così un'interrelazione con l'ambiente circostante. Questo fenomeno si verifica anche quando il bambino non viene esposto alla lingua dei segni. Egli costruisce il "suo" codice per comunicare e farsi comprendere dagli altri e non fa altro che ideare una lingua partendo da ciò che vede intorno a lui e che sperimenta toccando, manipolando ed osservando.

Il segno, nei sordi, è l'essenza della comunicazione, è vissuto, elaborato e dà la possibilità di acquisire nuove conoscenze.

Senza il segno, la persona sorda è privata della propria capacità di percepire il mondo e ciò può comportare stress e insoddisfazione. In questo percorso è fondamentale il contributo dei genitori che spesso sviluppano aspettative irrealistiche circa l'ingresso del bambino sordo nel mondo vocale; essi

devono piuttosto armarsi di tanta pazienza e cercare di entrare in contatto con l'interazione segnica.

L'utilizzo della lingua dei segni può permettere ad un bambino sordo di costruire una lingua dentro di sé e gli consente l'accesso a contenuti più complessi e di accedere con maggiore facilità al mondo delle relazioni.

È necessario concedere tempo per passare dal segno manuale a quello vocale, permettendo al bambino di procedere nel suo sviluppo linguistico come un bambino normodotato. Molti ricercatori si sono occupati della relazione tra linguaggio e cognizione nei bambini sordi. Watts (1979), per esempio, concluse che il linguaggio non ha un ruolo diretto sullo sviluppo cognitivo; Dolman (1983), pur evidenziando che i miglioramenti nello sviluppo cognitivo erano accompagnati o preceduti da miglioramenti nello sviluppo del linguaggio, non suggerì la presenza di una relazione causale tra il linguaggio e le operazioni concrete.

SORDITÀ E SVILUPPO RELAZIONALE

La costruzione dell'Io nel soggetto udente avviene soprattutto attraverso il canale udito-verbale che consente anche di esercitare un maggior controllo sull'ambiente esterno (es. regolare la presenza della madre).

L'acquisizione del linguaggio, in primis, permette l'acquisizione della capacità di regolare ed esprimere i propri stati affettivi: in questo modo il bambino può arginare la potenza distruttiva di certi sentimenti e può elaborarli.

Senza la mediazione del linguaggio, le emozioni potrebbero essere vissute in maniera troppo diretta e risultare destrutturanti rispetto all'equilibrio psichico.

L'udito, inoltre, aiuta il bambino nella costruzione dello schema corporeo, regola le

interazioni con il mondo esterno ed è determinante per la costruzione di schemi e strutture cognitive.

Nel sordo invece lo sviluppo emozionale risente dell'assenza di suoni e parole.

Molti autori (Meadow, 1976; Harris, 1978; Rodda e Grole, 1987; Stokoe e Battison, 1981) hanno messo in evidenza una serie di tratti comuni nei bambini sordi: aggressività, bassa autostima, bassa tolleranza alla frustrazione e impulsività dovute a deprivazione linguistica che può causare anche disordini a livello comportamentale.

Il ruolo dei genitori

Quello che risulta fondamentale, nello sviluppo affettivo, è il ruolo dei genitori.

Il linguaggio, infatti, è il principale strumento usato dai genitori per rispondere ai bisogni del bambino: per tranquillizzare, per spiegare, per insegnare, ecc.. ecc...

Il bambino incapace di udirlle potrà reagire agli eventi del suo mondo interno ed esterno con rabbia e frustrazione, con ansia, iperattività, aggressività, ecc...

Mentre un bambino udente può utilizzare le varie situazioni della vita per sviluppare funzioni di controllo, meccanismi mentali e fiducia nei confronti degli altri, il bambino sordo, isolato dal contesto verbale, tenderà ad essere immaturo, sfiduciato e a vivere il mondo come minaccioso.

Oltre a ciò, il bambino sordo preverbale inizia il suo percorso di vita con un senso superiore mancante (l'udito) e con l'altro senso superiore (la vista) non ancora del tutto sviluppato. Da un punto di vista emotivo-relazionale, questo provoca delle difficoltà nelle relazioni primarie, cioè con i genitori, poiché questi appaiono appartenenti ad un mondo sconosciuto, a causa dell'impossibilità di percepire il suono della loro voce.

Questo è particolarmente rilevante nel caso in cui i genitori siano udenti e tendano quindi ad utilizzare in maniera preferenziale la voce che però non può essere percepita dal bambino. Quando non c'è sincronia fra gli stimoli provenienti dalla madre e le prime vocalizzazioni del bambino, si può creare un deterioramento nel rapporto, poiché i genitori vivono la mancanza di risposte come un rifiuto e a ciò può associarsi la frustrazione legata all'idea che solo quando il bambino imparerà a parlare potrà crearsi un vero rapporto. Per evitare questo è necessario che i genitori e il bambino imparino ad utilizzare anche altri canali (es. contatto corporeo, mimica, gestualità) per comunicare ed esprimere stati d'animo, desideri e bisogni: il bambino potrà così compensare le sue difficoltà emozionali. I genitori sordi utilizzano spontaneamente un contatto corporeo che consente al figlio di percepire profondamente il genitore e di sentirsi maggiormente rassicurato; inoltre utilizzano, fin dalla nascita, la lingua dei segni, agevolando lo sviluppo cognitivo e sociale del bambino e favorendo una comunicazione più profonda, attenuando in questo modo gli effetti dell'assenza di udito.

IDENTITÀ E PERSONALITÀ DELLA PERSONA SORDA

L'identità può essere definita come quell'insieme di punti fermi che un individuo costruisce durante il suo cammino di vita: perché essa si formi, la persona ha bisogno di modelli di riferimento con cui identificarsi.

Il bambino non udente si confronta quotidianamente con persone che parlano e si imbatte in un linguaggio analogico che gli trasmette l'idea che in lui ci sia qualcosa che non va, che sia deficitario e inadeguato.

Per lui la possibilità di confrontarsi diventa un modo per misurarsi con "l'altro diverso", ma

anche simile, e per concretizzare la consapevolezza dei limiti che la sordità comporta, ma anche delle possibilità che un soggetto non udente ha nella società. La costruzione dell'identità personale in un soggetto sordo dipende da una molteplicità di eventi che si manifestano durante lo sviluppo dell'io: è un percorso che si realizza a poco a poco in tutte le interazioni connesse alle situazioni quotidiane.

Adolescenza e identità

Il periodo in cui il processo di costruzione dell'identità può andare incontro a più problemi è sicuramente l'adolescenza.

Per il ragazzo non udente l'adolescenza può essere un periodo davvero difficile: i cambiamenti fisici e le trasformazioni che la caratterizzano, infatti, possono fargli percepire la sua sordità come un problema (a differenza di quanto può essere accaduto fino a quel momento) e portarlo a domandarsi quale sia il suo posto nel mondo.

Durante l'adolescenza questa difficoltà di relazione, in particolare con le figure primarie, si esaspera sia per i sentimenti di rifiuto e contestazione dell'adolescente nei confronti dei genitori, sia perché il ragazzo sordo spesso attribuisce ai genitori stessi la colpa della sua condizione.

Egli fatica a risolvere questi sentimenti di rabbia e ostilità e quindi ha difficoltà anche nel processo di costruzione dell'identità che passa attraverso l'identificazione con il genitore dello stesso sesso, percepito, se udente, come diverso e irraggiungibile.

Da un punto di vista relazionale, quelli che sono i classici moti di rifiuto e di ribellione andranno a sommarsi a una difficoltà di relazione già esistente che potrà ripercuotersi anche sul rapporto con i pari.

Inoltre, il disagio fisico che è naturale per

qualsiasi adolescente, sommato ad una effettiva mancanza fisica, potrà creare forti sensazioni di inadeguatezza e inferiorità, che se non adeguatamente elaborate e risolte, incideranno negativamente sul livello di autostima. La maggior parte degli studiosi sostiene che l'io del sordo deve identificarsi con il mondo sociale della comunità udente, tuttavia l'adolescente sordo, non essendo sostenuto dal processo linguistico e selettivo di interrelazione con un modello a sua volta sordo, rischia di non passare mai dal modello simbolico alla discriminazione.

Il rischio, quando il sordo si identifica con l'udente, è la costruzione di un'identità non vera, ingannevole per la mancanza di un modello di "autenticità del sordo"; questo a causa anche di conflitti psichici, prima implosivi poi evidenti, per la manipolazione della realtà oggettiva e soggettiva in un modo non rispondente ai bisogni psicolinguistici ed affettivi della persona sorda.

Nella nostra società, lo sviluppo psichico del sordo non ha un modello guida in quanto gli sono preclusi molti stimoli percettivi e interazioni che possono contribuire alla formazione della personalità, con il pretesto di fargli acquisire la "normalità".

È importante fare le opportune distinzioni fra ragazzi sordi figli di genitori sordi e figli di genitori udenti. I primi, solitamente, vengono educati all'oralismo e attualmente, nella maggioranza dei casi, sottoposti all'impianto cocleare. Solo in casi rari (o quando altri metodi educativi hanno fallito) vengono esposti alla lingua dei segni che però, spesso, i genitori conoscono molto poco o non accettano. Da un punto di vista psicologico, quindi, il ragazzo sordo figlio di genitori udenti cresce con la consapevolezza di dover sopperire ad un suo deficit; non frequenterà altri ragazzi sordi, perché spesso ciò non è visto di buon

occhio dai suoi terapisti o dai genitori, e avrà sempre la sensazione di rincorrere una “normalità” che a lui è stata negata.

Oltre a questo, per una persona con le sue difficoltà, non è semplice farsi accettare dai coetanei udenti e anche il processo di identificazione sarà più difficile, per il fatto che il figlio sordo percepisce il genitore udente come diverso e irraggiungibile, con conseguenze negative sulla costruzione della sua identità. Al contrario, i ragazzi sordi, figli di genitori sordi, crescono in un ambiente dove la sordità è una condizione naturale e vengono esposti alla lingua dei segni fin dalla nascita, apprendendola spontaneamente: la sordità, quindi, non è vissuta come un deficit, ma come una loro caratteristica distintiva.

Anche i ragazzi sordi figli di genitori sordi avranno difficoltà nella relazione con i pari udenti, sia per le difficoltà di comunicazione, sia per le difficoltà di accettazione della diversità (tipiche di questo periodo di vita), sia per il senso di estraneità che il sordo comunque vive nei confronti di una realtà che non ha mai sperimentato e che, quindi, fatica a comprendere. Questi stessi ragazzi però, frequentando la comunità dei sordi, si sentiranno accettati e accolti in un mondo che li farà percepire come parte di qualcosa; questo avrà ricadute positive sull'immagine di sé e sull'autostima.

Caratteristiche della personalità dei sordi

Tra le caratteristiche di personalità che definiscono il bambino sordo grave, troviamo l'impulsività: sono molti, infatti, i bambini descritti come caratterialmente difficili.

L'impulsività è uno stile cognitivo caratterizzato da velocità e scarso comportamento riflessivo con cui viene presa una decisione; nella quotidianità, essa corrisponde alla scarsa capacità di rimandare la gratificazio-

ne, di controllare il proprio comportamento e di risolvere i problemi in modo razionale ed appropriato.

La maggioranza degli studi pone l'accento sulla comunicazione fra genitori e figli: esisterebbe una correlazione positiva fra l'uso precoce della comunicazione manuale e il controllo dell'impulsività.

Harris (1978), sostiene che un rapporto affettuoso e premuroso sia una componente fondamentale per un corretto sviluppo socio-emotivo e che la sua assenza impedisca l'acquisizione di un buon controllo dell'impulsività. È possibile concludere che il filo che unisce la sordità all'impulsività è costellato da alcuni fattori, tra cui abilità di comunicazione e interazioni linguistiche con i genitori. La personalità del soggetto sordo può presentare anche altre forme di organizzazione problematica:

- **Organizzazione ossessiva:** il soggetto vuole avere un controllo costante sull'ambiente e teme i cambiamenti; il suo modo di interagire con l'ambiente è diretto e concreto, il che si traduce in una frequente rigidità caratteriale, legata anche alla difficoltà di esprimere impulsi ed emozioni
- **Sentimenti depressivi:** possono nascere dall'isolamento sociale a cui il bambino sordo è sottoposto, soprattutto in adolescenza. C'è un rischio alto che l'identità venga costruita intorno al deficit.

In questo processo sono determinanti due aspetti.

1. L'immagine che i genitori hanno del proprio figlio prima ancora che nasca. Tale immagine è definita “ombra parlata”. È con questa immagine che i genitori, soprattutto la madre, mantengono una relazione; essa rappresenta la proiezione dei desideri dei genitori. Quando un bambino nasce o diventa

progressivamente sordo, la discrepanza fra l'ideale e la realtà è davvero forte e questo può provocare reazioni spropositate nei genitori, come l'allontanamento o la volontà di crescere il bambino come fosse udente. Il risultato è la frammentazione dell'identità del bambino stesso, con ovvie ripercussioni sul comportamento e sulla personalità. (i figli sordi di genitori sordi risultano meno esposti a rischi di questo tipo).

2. La compromissione di alcune capacità formali riguardanti l'esame di realtà, le capacità di giudizio e concentrazione, nonché l'espressione dei propri stati affettivi. Questo fa sì che il cosiddetto "indice di inadeguatezza interiore", intorno ai 10 anni, sia particolarmente elevato, a causa del confronto con le capacità degli altri bambini. Sono frequenti anche stati ansiosi. Se questi aspetti si mantengono nel tempo, determinano una scarsa autostima e lo sviluppo di una personalità definita "coartata" o "inibita".

Il biculturalismo dei sordi

Gli studi mostrano che i soggetti "biculturali", che appartengono sia all'universo sordo che a quello udente, hanno un senso di autostima e di soddisfazione maggiore di chi ha sviluppato identità marginali e non riesce a riconoscersi né in un mondo né nell'altro. È quindi molto importante che le persone non udenti che hanno raggiunto uno sviluppo equilibrato della propria personalità e sono coscienti della loro identità cultura e linguistica aiutino chi invece mostra difficoltà in questo percorso, promuovendo in loro la formazione di un'identità di sordi.

FAMIGLIA E ACCETTAZIONE DELLA SORDITÀ

Le modalità di interazioni che si evolvono nella famiglia costituiscono le basi per gli

scambi sociali esterni alla famiglia stessa: per i bambini sordi che crescono in famiglie udenti, tuttavia, non è facile generalizzare quanto appreso all'ambiente sociale esterno alla casa. La crescita personale e interpersonale del bambino, dunque, è influenzata dalle interazioni familiari e il successo o il fallimento di queste dipenderà dalla flessibilità del bambino, dalle persone con cui interagisce e dal contesto in cui avviene l'interazione. In questo senso risulta interessante una ricerca di Tessarolo (2000) riguardo alla socializzazione dei ragazzi sordi e alle sue possibili correlazioni con la famiglia d'origine. Tale ricerca, che si è svolta a Padova presso un istituto per geometri per ragazzi non udenti, ha coinvolto i genitori di 120 ragazzi sordi e, pur non essendo il campione rappresentativo della realtà, ha permesso di indagare in modo abbastanza accurato i problemi che sorgono nelle famiglie in cui nasce un bambino sordo. La scoperta della sordità del proprio figlio è, come già affermato, un momento traumatico e le prime emozioni provate sono profonda incredulità e desiderio di trovare qualcuno o qualcosa da incolpare. In particolare, i sentimenti provati dopo la diagnosi risultano essere:

Sentimenti provati dai genitori

(tratto da Bagnara C., Chiappini, G., Conte, M.P., Ott M, 2000, pag. 390)

Sofferenza	66,70%
Ansia per il futuro	35,80%
Accettazione	25,80%
Paura	22,50%
Fiducia	22,50%
Rabbia	21,70%
Depressione	20%
Rassegnazione	15,80%
Choc	13,30%

Il 60% dei genitori dichiara di aver sentito il bisogno di avere qualcuno di fiducia a cui chiedere consiglio e da cui ricevere sostegno psicologico.

Per quanto riguarda il modo di considerare la sordità del proprio figlio, una volta rilevate, i dati ci dicono:

Come viene considerata la sordità? (ibidem)	
una sfortuna	47,50%
un handicap	26,70%
una malattia	15,80%

Le difficoltà nell'educazione del piccolo vengono rilevate dal 42,50% dei genitori, mentre il 39,2% afferma di aver avuto problemi soprattutto con le istituzioni scolastiche.

I motivi delle incomprensioni sono legati principalmente allo scarso impegno del figlio, all'incapacità degli insegnanti e alla carente organizzazione scolastica.

Per quanto riguarda i rapporti creati con il proprio figlio, questi sono definiti:

1. Buoni il 45,8%
2. Così così il 2,5%
3. Non risponde a questa domanda il 51,7%.

Circa il 30% dei genitori intervistati è, a sua volta, non udente e il sistema di comunicazione che privilegia è quello definito "misto", pur ritenendo la parola un mezzo indispensabile. Il 50,80% di questi genitori afferma di non avere difficoltà nel comunicare con il proprio figlio, ma non va sottovalutata la frustrazione nell'ammettere tale difficoltà per il genitore udente!

Inoltre, la particolarità di questi genitori è quello di aver scelto, per i propri figli, una scuola specifica per non udenti: questo denota la preoccupazione per il loro futuro e il desiderio di farli "rieducare".

È importante invece che i genitori comprendano che è la loro comunicazione con i figli

ad essere prioritaria per aiutarli a superare i molti problemi di socializzazione e di maturazione psicologica che la sordità può provocare. L'accettazione della sordità di un figlio è un percorso difficile e doloroso, tanto per un genitore udente quanto per un genitore sordo, anche se per motivi differenti.

Il genitore udente, nella maggior parte dei casi, non si aspetta questa diagnosi, soprattutto se in famiglia non ci sono altri casi di sordità. Pertanto, l'incredulità e la profonda depressione che spesso caratterizzano il primo periodo, possono rendere i genitori incapaci di porsi in modo positivo e costruttivo. Emergono sensi di colpa e moti di ribellione alla diagnosi, pensieri relativi a punizioni ricevute per qualche errore commesso: in questa situazione emotiva, spesso, i genitori perdono fiducia in loro stessi e nella capacità che hanno di prendere le decisioni più giuste per il proprio figlio. Le reazioni, ovviamente, variano da individuo a individuo, ma tutte sono accomunate da un istintivo rifiuto, con conseguente inoperatività nei confronti del bambino. Quando poi la realtà viene accettata, la depressione lascia il posto alla rabbia che poi si trasforma in rassegnazione ed accettazione.

La difficoltà maggiore che il genitore percepisce nei confronti del figlio riguarda l'impossibilità di comunicare con lui in modo naturale: questo comporta che il figlio venga percepito come differente da sé e che si cerchi di farlo diventare "il più udente possibile".

Anche il bambino, del resto, fatica ad accettare la propria condizione, per cui il bisogno del genitore di annullare le differenze con il proprio figlio risponde anche ad un bisogno di quest'ultimo.

Per quanto riguarda i genitori sordi, due sono i comportamenti possibili: alcuni ritengono naturale avere un figlio sordo, percepisco-

no la sordità come un aspetto caratteriale e quindi ritengono positivo che il figlio possieda tale caratteristica; altri, invece, provano la stessa sofferenza dei genitori udenti, in quanto consapevoli delle difficoltà del loro percorso di vita.

Evidente pertanto quanto sia importante il rapporto relazionale che si instaura con la madre nei primi anni di vita. L'uso del canale visivo-gestuale è fondamentale per lo sviluppo dell'autonomia del bambino al fine di eliminare le difficoltà a sviluppare attaccamenti sicuri.

FAMIGLIE, SERVIZI SOCIO-SANITARI E ASSOCIAZIONI: QUALI RISORSE PER LE FAMIGLIE?

Ad oggi, i servizi nel territorio dell'Emilia Romagna, presentano molte carenze organizzative e di supporto. Questo progetto propone un'ipotesi di lavoro.

Analisi della situazione

In Emilia Romagna sono presenti molte persone con deficit uditivo di vario grado; a causa delle difficoltà che incontrano si renderebbe necessaria l'attivazione dei servizi di sostegno.

Bisogni evidenziati

Frequentemente i sordi hanno gravi difficoltà di comunicazione.

I sordi necessitano di ascolto da parte di uno psicologo "sordo", in quanto rappresenta per loro un punto di riferimento in grado di capire i loro bisogni.

Questa figura professionale può offrire una modalità condivisa di comunicazione presso enti presenti sul territorio: Ospedale, Ausl, Comune e Provincia collaborando con l'associazione dei sordi.

Come soddisfarli

Il progetto prevede la prevenzione di disagio e malessere attraverso:

1. Consulenza da effettuarsi presso strutture pubbliche, private o convenzionate.
2. Sostegno psicologico.
3. Intervento di psicoterapia.
4. Mediazione culturale/linguistico (LIS).

Obiettivi

Per i sordi

- ✓ Superare gli stereotipi degli udenti ed accettazione della sordità;
- ✓ Aiutare ad acquisire la propria identità ed autostima personale e sociale;
- ✓ Salute mentale: stare bene con se stessi e con gli altri;
- ✓ Stimolare l'espressione personale e saper condividere in piccolo gruppo;
- ✓ Attivare le proprie risorse interiori per risolvere i problemi, sapersi accettare ed accettare gli eventi che non si possono cambiare.

Per le famiglie

Accettazione da parte dei genitori (in particolare la madre) comporta un cammino difficile e faticoso con sensi di colpa, angoscia e paura per il futuro del figlio sordo. Questi sentimenti di ansia, impotenza e depressione influiscono sul clima familiare modificando in negativo le dinamiche relazionali.

- ✓ Supportare le famiglie fin dalla nascita del bambino sordo al fine di migliorare precocemente le dinamiche relazionali del nucleo familiare stesso. Aiutare a risolvere dubbi, incomprensioni e a superare i conflitti che possono nascere al suo interno;
- ✓ Aiutare le relazioni tra figlio sordo e genitori udenti e viceversa;
- ✓ Aiutare ad accettare la loro identità di "sordo" e a costruire la loro personalità in modo il più possibile autonomo.

Per le scuole

Le scuole purtroppo molte volte si trovano impreparate ad integrare i bambini sordi con

gli udenti e a programmare attività utili al recupero.

- ✓ Collaborare con gli insegnanti delle scuole frequentate da alunni sordi;
- ✓ Offrire consulenza per la formazione degli insegnanti riguardo a: sordità e competenze sociali, sordità e scolarizzazione, sordità e apprendimento.

Per il contesto sociale

- ✓ Stimolare l'integrazione sociale del sordo nel territorio;
- ✓ Supportare per risolvere i problemi del mondo del lavoro;
- ✓ Creare sul territorio una rete istituzionale che si ponga obiettivi comuni per l'integrazione dei sordi (chi deve fare e cosa).

Strumenti

Figura dello psicologo sordo, intesa come "mediatore/consulente specializzato" presente in:

- 1) Sportello di consulenza per orientamento e selezione di servizi a cui inviare i sordi;
- 2) Equipe formata da diversi specialisti che collaborano per migliorare la qualità della vita dal punto di vista psicologico, medico, tecnologico, relazionale, educativo e sociale, attraverso una valutazione collegiale del problema di ogni sordo.
- 3) Servizio su chiamata all'interno dell'ospedale o servizio pubblico per ogni esigenza.

APPENDICE

La mia esperienza di sordo

A conclusione di questo mio lavoro vorrei inserire la mia esperienza di sordo per mostrare che essere "funzionalmente sordi" non coincide necessariamente con l'essere "culturalmente sordi".

Il mio deficit: sordità bilaterale profonda dalla nascita; protesizzato con protesi retro-auricolare all'età di quasi 6 anni.

La mia famiglia: accettazione, accoglienza e

capacità di relazione buone, tuttavia molte aspettative nei confronti del figlio sordo. Non utilizzo della lingua dei segni, ma solo educazione "verbale" fino all'adolescenza.

Il mio percorso scolastico: senza difficoltà alla scuola elementare (esperienza basilare: inserimento perfettamente riuscito con grado di integrazione e di socializzazione molto positivi); difficoltà di integrazione alla scuola media (discontinuità con la scuola elementare ed evidenziazione della diversità proprio in corrispondenza con il periodo adolescenziale). Positiva l'esperienza alla Scuola Superiore (recupero della fiducia e dell'autostima) e all'Università. La mia adolescenza: difficoltà di relazione con i pari udenti; senso di inferiorità e di frustrazione. Sofferenza nella presa di coscienza del deficit vissuto come handicap indirettamente dettato dal contesto sociale. La mia vita da adulto: buon grado di autonomia, relazioni sociali buone sia con i sordi che con gli udenti. Grazie alla scoperta dell'esistenza del mondo dei sordi con il quale sono entrato in contatto e della lingua dei segni, che ho appreso con grande piacere e molto volentieri, è iniziato il processo di identificazione che mi ha permesso di scoprire la mia vera identità.

Il mio bilinguismo: l'apprendimento della lingua dei segni e contemporaneamente l'uso della lingua orale hanno facilitato sia le relazioni sociali che i percorsi di apprendimento. Ancora una riflessione sulla scuola:

La mia maestra della scuola elementare, non conoscendo la LIS (Lingua Italiana dei Segni), ha utilizzato percorsi di psicomotricità che mi hanno permesso di avvicinarmi ed entrare in contatto con il contesto scolastico, di giocare e lavorare con gli altri e di sviluppare adeguate competenze sociali per riuscire ad interagire e socializzare con i compagni della classe e di classi diverse

in un clima di ascolto, comprensione, consolidamento dell'autostima personale. La stessa insegnante per il suo lavoro ha fatto riferimento ad Aucouturier Bernard (1986), uno dei fondatori della terapia psicomotoria, che ha lavorato a lungo con i bambini sordi con l'obiettivo di aiutarli ad uscire dall'isolamento grazie all'uso del linguaggio mimico-gestuale e del gioco corporeo. Io, Agostino, portatore di uno di quei deficit invisibili, spesso fonte di disagio e di emarginazione, che impegnano per tutta la vita in dure lotte per infrangere pregiudizi e barriere sociali, non mi sono lasciato soffocare dal silenzio e ho vissuto tra gli udenti esperienze significative in condizioni di pari opportunità. Le amicizie, i giochi condivisi, le discussioni, la scuola e lo studio, i viaggi sono stati la spinta per superare la fatica di imparare a parlare e scoprirmi ... "capace di farcela".

Conclusioni

Con questo lavoro vorrei dimostrare che qualsiasi ragazzo sordo può condurre una vita normale. Gli studi e le ricerche infatti hanno puntualizzato che i bambini non udenti possiedono abilità/capacità nella norma a condizione che vengano messe in atto strategie adeguate di comunicazione e di apprendimento. Sono fermamente convinto che, come per qualsiasi soggetto, nel valutare la salute mentale di un individuo sordo dovrebbero sempre essere presi in considerazione, oltre ai fattori esposti in questo lavoro, anche altri elementi di natura biologica, etnica, religiosa, ecc...

Oggi giorno gli individui sordi possono accedere ad una gamma di terapie psicologiche e psicoterapeutiche: ai fini della loro efficacia, però, è necessaria una particolare attenzione e sensibilità dell'operatore rispetto al rilevamento di paradigmi potenzialmente rilevan-

ti, alla scelta degli strumenti di valutazione, alla ricerca di una metodologia adeguata. La sordità ha purtroppo creato dei pregiudizi ancora piuttosto radicati nel pensare comune: si ritiene che i sordi siano anche muti (da questo il termine sordo-muto) e che abbiano un ritardo mentale complessivo.

Il sordo non è un malato o un ritardato mentale. I sordi sono persone capaci: sono in grado di comunicare e possono ottenere ottimi risultati in campo scolastico, lavorativo e sociale. Io, in qualità di persona sorda, supportato dai risultati delle ricerche, sono fermamente convinto che nonostante il deficit, i pregiudizi, le difficoltà ... ogni individuo non udente prima di essere "un sordo" sia "una persona" e che, come tale, in grado di condurre una vita normale e sviluppare competenze sociali adeguate, di maturare una propria identità personale e proprie capacità in base ai vissuti dell'infanzia e agli stimoli ricevuti dall'ambiente familiare, sociale e scolastico. I sordi, come del resto gli udenti, non sono tutti uguali, ognuno ha una sua personalità costruita e sviluppata in base agli stimoli ricevuti. La sordità è un deficit invisibile, difficile da "catalogare" in quanto, nel senso comune, è sempre radicata l'idea che la sordità predisponga ad uno sviluppo mentale ritardato. Questa credenza ha fatto sì che il mondo degli udenti abbia isolato il mondo dei sordi e rinforzato nel sordo stesso l'idea di essere e sentirsi "diverso".

Lev Vygotskiy afferma che "Egli avverte l'handicap solo indirettamente o secondariamente, come risultato delle sue esperienze sociali, quindi per un bambino sordo la sordità rappresenta la normalità" (Bailt, V., Maragna, S., Zatini, F., 1998, pag.7).

Chiara dimostrazione questa affermazione che la sordità è un deficit sensoriale e non cognitivo e che non comporta disfunzioni a livello cerebrale e psichico.

ANALISI SWOT	FORZE (Strengths)	DEBOLEZZE (Weaknesses)
OPPORTUNITÀ (Opportunities)	<p>S-O: sviluppare nuove metodologie in grado di sfruttare i punti di forza del sordo</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Diagnosi precoce e presenza di una legge di tutela. 2) Adeguata comunicazione con canali alternativi ed interventi educativi appropriati (bilinguismo), avvalendosi anche di interpreti o assistenti alla comunicazione (al bisogno). 3) Uso di strumenti informatici, interpreti e mezzi di comunicazione per incrementare l'autonomia personale e sociale ed anche per la possibilità di condurre una vita normale ed autonoma e favorire l'integrazione sociale. 4) Status culturale, socio-economico della famiglia. Accettazione della sordità con sostegno alla genitorialità. 	<p>W-O: eliminare le debolezze per attivare nuove opportunità</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Educare la famiglia alla genitorialità di un figlio sordo, per accettare la sordità e diventare autori di proposte attivanti la comunicazione e la socialità. 2) Applicazione di un metodo scolastico adeguato, per favorire l'apprendimento di competenze scolastiche e sociali. 3) Proporre e diffondere il bilinguismo, per evitare l'isolamento e il ritardo nell'acquisizione del linguaggio verbale, con conseguente blocco emotivo. 4) Rimuovere "etichette" mediche, sociali e scolastiche.
MINACCE (Threats)	<p>S-T: sfruttare i punti di forza per difendersi dalle minacce</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Mantenere alta l'attenzione per i problemi della sordità, con adeguati supporti di sensibilizzazione delle associazioni per l'integrazione scolastica. 2) Supporto genitoriale per superare le difficoltà quotidiane, specialmente in famiglie con i genitori udenti. 3) Evitare isolamento sociale e culturale, predisponendo all'inclusione e all'accoglienza attraverso gli organi territoriali competenti: a) vita di quartiere; b) realtà scolastica; c) realtà lavorativa (centro per l'impiego, attuazione reale legge 68/99); d) servizi per aiutare la comunicazione (servizio ponte, interpreti). 	<p>W-T: individuare i piani di difesa per evitare che le minacce esterne acuiscano i punti di debolezza</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Arricchire la comunicazione tra madre e bambino e favorire la costruzione attiva delle relazioni, per evitare sentimenti di rabbia e frustrazione. 2) Incentivare i contatti e la condivisione con la comunità sorda, per favorire la costruzione di una identità sorda chiara e permettere l'espressione dei propri stati interni. 3) Rimuovere le false idee sulla sordità, per evitare l'emarginazione sociale e culturale e scolastica.

Bibliografia

- Antia, S. (1985). *Social integration of hearing-impaired children: fact or fiction?* Volta Review, Oct.-Nov., 279.
- Aucouturier, B. (1986). *La pratica psicomotoria, rieducazione e terapia*. Roma: Editore Armando Armandp.
- Bagnara, C., Chiappini G., Conte, M. P., Ott, M. (2000). *Viaggio nella città invisibile. Atti del 2° Convegno nazionale sulla Lingua Italiana dei Segni*. Pisa: Edizioni del Cerro.
- Baitl, V., Maragna, S., Zatini F. (1998). *Conoscere la sordità. La Comunicazione*. Ente Nazionale Sordi – Sede Centrale, Centro Nazionale Documentazione Informazione e Storia dei Sordi "VITTORIO IERALLA".
- Bartin, M. (1981). *Etude comparative de l'at-*
- *teinte du niveau opératoire formel par des sujets sourds profonds de naissance et entendants*. Enfance, 4-5, 229.
- Borelli Vincent, M. (1951). *La naissance des opérations logiques chez le sourd-muet*. Enfance, 3, 222.
- Borelli Vincent, M. (1957). *Sur le role du langage à un niveau élémentaire de la pensée abstraite*. Enfance, 4, 443.
- Cappanera, M. (2010). *Oltre il silenzio*. Roma: Aracne editrice S.r.l..
- Carta, S., Fadda, S. (2007). *Sordità e Salute mentale*. Roma: Edizioni Kappa.
- Curti, A. (2006). *Competenza sociale e sordità*. Tesi di Laurea in Psicologia. Università di Parma.
- Dolman, D. (1983). *A study of the relationship between syntactic development and concrete*

- operations in deaf children. *American Annals of the Deaf* 128.
- Harris, R. I. (1978). *Impulse control in deaf children: research and clinical issues*. In L. Liben (eds.). *Deaf children: Developmental Perspectives*. New York: Academic Press.
 - Harris, R. I. (1978). *The relationship of impulse control to parent hearing status, manual communication and academic achievement in deaf children*. *American Annals of the Deaf*, 123, 52-67.
 - Johnson, R.E., Liddell, S. K. and Erting, C.J. (1989). *Unlocking the curriculum: Principles for achieving access in deaf education*. Washington: Gallaudet University Press.
 - Maragna, S. (2008). *La sordità. Educazione, scuola, lavoro e integrazione sociale*. Milano: Editore Ulrico Hoepli.
 - Meadow, K.P. (1976). *Personality and social development of deaf persons*. In B. Bolton (a cura di). *Psychology of deafness for rehabilitation counselors*. Baltimore: University Park Press.
 - McNeill, D. (1985). *So you think gesture are nonverbal?* *Psychological Review*, 92.
 - Montanini Manfredi, M., e Fruggeri, L. (1978). *Family behavioural patterns and the development of the deaf child in a strictly oral program: Some case studies*. *The Italian Journal of Psychology*, 1, 27-50.
 - Mottez B. (1979). "Ostinarsi contro il deficit significa spesso aggravare l'handicap: l'esempio dei sordi", in Montanini Manfredi M., Fruggeri L., Facchini M. *Dal gesto al gesto*. Bologna: Cappelli.
 - Nelson, K. (1973). *Structure and strategy in learning to talk*. *Monographs of the Society for Research in Child Development* 38.
 - Oleron, P. e Herren, H. (1961). *L'acquisition des conservations et le langage*. Etude comparative sur des enfants sourds et entendants. *Enfance*, 3, 201.
 - Ottem, E. (1980). *An analysis of cognitive studies with deaf subjects*. *American Annals of the Deaf* 125.
 - Potter, M.C. (1979). *Mundane symbolism: the relations among objects, names, and ideas*. In Smith, R.N. e Franklin, M.B. *Symbolic functioning in childhood*, Hillside, Lawrence Erlbaum.
 - Pylyshyn, Z. (1977). *What does it take to bootstrap a language?* In Macnamara, J. *Language, learning and thought*, Orlando, Academic Press.
 - Rodda, M., e Grove, C. (1987). *Language, Cognition and Deafness*. London: Erlbaum.
 - Stokoe, W., e Battison, R.M. (1981). *Sign, language, mental health and satisfactory interaction*. In L.M. Stein e E.D. Mindel e T. Habaley (Eds.). *Deafness and Mental Health* (pp. 179-194). New York: Grune e Stratton.
 - Tessarolo, M. (2000). *La famiglia nella socializzazione dei ragazzi sordi*. In C. Bagnara, Chiappino, P., M. P. Conte e M. Ott (a cura di). *Viaggio nella città invisibile*. Atti del 2° Convegno nazionale sulla Lingua Italiana dei Segni. Genova, 25-27 settembre 1998. Pisa: Edizioni del Cerro, pp. 388-393.
 - Watts, W. J. (1979). *The influence of language on the development of quantitative, spatial, and social thinkings in deaf children*. *American Annals of the deaf* 12.

La presa in carico della famiglia del tossicodipendente integrando approcci terapeutici differenti

Daniela De Luca*

Sommario

La tossicodipendenza è un fenomeno complesso, in cui è difficile tentare di isolare il sintomo dal contesto socio-culturale e familiare, dai problemi sanitari e dalle caratteristiche psicologiche individuali. La presa in carico del soggetto tossicomane comporta una preliminare valutazione del quadro clinico globale del soggetto, per cui è necessario affiancare all'intervento individuale, finalizzato alla modificazione dei comportamenti disfunzionali del soggetto tossicomane, un intervento esteso alle influenze ambientali che sul soggetto esercitano i contesti sociali, primo tra i quali la famiglia in quanto contesto di riferimento all'interno del quale l'individuo scopre e sviluppa relazioni, affettività, valori e modalità comportamentali e svolge un importante ruolo nella genesi, nel mantenimento e nel recupero della tossicodipendenza. Da ciò emerge sia la necessità di stimolare la famiglia a porsi in una condizione di protagonista attiva del trattamento di recupero che la possibilità di creare nella famiglia una maggiore consapevolezza della propria importanza come modello di riferimento.

Parole chiave:

Tossicodipendenza; famiglia; cammino parallelo

Summary

Drug addiction is a complex phenomenon, that is difficult to isolate the symptom groped by the socio-cultural and family life, from health issues and psychological traits. Taking charge of the subject addict involves a preliminary assessment of the overall clinical picture of the subject: it is necessary to combine individual intervention, aimed at the modification of dysfunctional behavior of the subject addict, extensive work on the subject to environmental influences that exert contexts social, first among them the family as the frame of reference within which the individual discovers and develops relationships, emotions, values and modes of behavior and plays an important role in the genesis, maintenance and recovery of drug addiction. From this emerges is the need to encourage the family to be in a state of active protagonist of the recovery treatment that can create the family a greater awareness of their importance as a role model.

Key words:

Drug addiction, family, parallel path

*Allieva 2 anno IDIPSI

INTRODUZIONE

Deve esserci un fondo su cui poter cucire queste relazioni, ma la trapunta a riquadri non è la storia dei vari pezzi di stoffa di cui è fatta. È la loro combinazione in un nuovo tessuto che dà calore e colore.

(Bateson, 1987)

Il fenomeno della tossicodipendenza può essere visto come un modo per perpetuare la storia familiare in maniera ripetitiva e stereotipata, per cristallizzare le posizioni dei singoli membri in una configurazione relazionale immobile e coartata. Il disagio psichico di uno dei membri costituisce il segnale di un malessere più esteso che riguarda il gruppo familiare rispetto ai compiti evolutivi del ciclo vitale. Il drogarsi assume una duplice funzione relazionale: da una parte permette al tossicomane di essere distante, indipendente ed individuato, dall'altra lo rende dipendente in termini di danaro, di mantenimento e fedele alla famiglia.

Ci sono innumerevoli approcci, dalla psicoanalisi che associa all'abuso di sostanze un disagio intra-psichico e un'identità fragile alla psicoterapia che la considera come conseguenza fortemente correlata a dinamiche relazionali all'interno del nucleo familiare. Ciò che accomuna i diversi approcci è l'idea che la tossicodipendenza è il sintomo di un malessere "interno" alla persona, seppure in varia misura correlato a variabili di relazione, di una personalità debole come punto dal quale partire per individuare l'origine e le motivazioni alla tossicodipendenza.

Per quanto riguarda la dimensione sociologica, il contesto socioculturale in cui la persona e il suo nucleo familiare sono inseriti ha un ruolo di primaria importanza nel verificarsi di situazioni di tossicodipendenza. Anche qui, come nella dimensione psicologica, varie

sono le interpretazioni date dai diversi approcci. Chi vede la tossicodipendenza come espressione di disorganizzazione sociale, nella quale determinati comportamenti, considerati "devianti", sarebbero stati acquisiti attraverso processi di apprendimento all'interno dei gruppi in cui erano prevalenti; chi accusa la società moderna di aver posto le basi per una nuova categoria sociale indipendente, quella giovanile, non di rado esposta a processi di emarginazione.

Anzitutto è bene specificare che quando si parla di persona tossicodipendente non si parla solo dell'individualità del soggetto come unica entità coinvolta, ma di un insieme di "parti" sia individuali che sociali che la compongono, influenzano e determinano nella sua totalità. Secondo la psicologia, la tossicodipendenza non è una componente innata o genetica insita nell'individuo a priori, come affermano le teorie mediche e biologiche, ma un aspetto multidimensionale che si forma e si sviluppa sin dai primi anni di vita e che, con il tempo, si modifica a seconda del contesto familiare, sociale, culturale e ambientale nel quale il bambino cresce e si struttura. Trattare la tossicodipendenza da un punto di vista prettamente individuale, oltre ad essere un errore epistemologico, porterebbe anche all'inefficacia terapeutica (Zanusso, Gianantonio, 1996). La maggior parte della letteratura su questo argomento, infatti, riporta l'esigenza di affrontare ed intervenire prima attraverso lo studio e l'osservazione della rete delle relazioni familiari e sociali nelle quali tali soggetti sono cresciuti ed inseriti, poi con l'intervento diretto sul tossicodipendente.

È quindi fondamentale progettare un intervento che affronti entrambi gli aspetti, prevedendo un lavoro parallelo tra il soggetto e la famiglia. Quando si osserva un tossicodipendente e si entra in relazione con lui ci si

accorge che l'età anagrafica non corrisponde quasi mai all'età di maturazione psichica; non ci sono le dimensioni dell'indipendenza, del senso critico, del senso di responsabilità. Ogni individuo è inserito in più sistemi: la famiglia, la scuola, il lavoro, etc.; in ognuno di questi ciascuna persona assume un ruolo diverso: figlio/padre, studente, lavoratore. Per un soggetto che vive un disagio così complesso come la tossicodipendenza, è come se il ruolo sociale si fosse atrofizzato proprio attorno al disagio stesso. Si diventa così il tossicodipendente/figlio-padre, il tossicodipendente/studente, il tossicodipendente/lavoratore e diventa difficoltoso passare da un ruolo-identità ad un altro. Molti ragazzi si trovano a dover affrontare i diversi ruoli sociali in tossicodipendenza con la massima naturalezza, in quanto la sostanza attutisce le difficoltà della differenziazione, mentre quando la sostanza scompare le diverse identità sono associate alle responsabilità che diventano troppo pesanti da sopportare. Infatti l'immagine che il tossicodipendente dà agli altri è quella di una persona insicura che di fronte alle varie responsabilità "stressanti" crolla. Uno dei problemi più frequenti del tossicodipendente sta nella difficoltà di immaginarsi come persona "sana": molti hanno iniziato presto a far uso di droghe e l'unica modalità di relazione che conoscono è quella mediata e supportata dalle sostanze.

DIVERSI APPROCCI A CONFRONTO: LA TOSSICODIPENDENZA IN UN'OTTICA MULTIFATTORIALE

Le teorie attualmente esistenti sull'abuso e la dipendenza dalle droghe sono numerosissime e frutto di prospettive diversificate. Le spiegazioni della tossicodipendenza proposte in ambito psicoanalitico fino agli anni '60 condividevano l'idea che essa costituisse un

disturbo della personalità caratterizzato da fissazione orale, narcisismo, disturbi maniacco-depressivi, salienza degli istinti distruttivi. In questa prospettiva, la condotta tossicomane era soprattutto interpretata come conseguenza di una fissazione ad una fase pregenitale dello sviluppo libidico e proprio da quest'ultima derivava il carattere coatto della ricerca del piacere da parte del tossicomane e la sua incapacità di dilazionarne nel tempo la soddisfazione.

Olievenstein sostiene che il futuro tossicodipendente si avvicina alla fase adolescenziale con un senso di incompiutezza derivato dal mancato superamento della "fase dello specchio", durante i primi due anni di vita. Il mancato riconoscimento delle esigenze del bambino come individuo separato, derivante dalla richiesta invertita di riconoscimento da parte della madre, rende impossibile la definizione dell'individualità ed il bambino risulta costruito in maniera fittizia dalle proiezioni materne. L'immagine dello specchio viene infranta e ne consegue un profondo senso di incompletezza, che verrà annullato dalla droga, la quale consente un temporaneo ripristino della propria interezza mediante il ritorno al momento della fusione con il sé materno (Olievenstein, 2001).

Secondo Bergeret, il tossicodipendente ha riportato delusioni precoci e ripetute nelle relazioni primitive fondamentali che fanno sì che i desideri siano degradati a semplici bisogni, soddisfatti attraverso il comportamento mediante il passaggio all'atto e non entrino nel campo dell'immaginario per l'incapacità di usare il registro simbolico. Di conseguenza, nulla di simbolico fa da contrappeso al piacere immediato ed al sentimento di trionfo che la soddisfazione del bisogno procura. Questi bisogni tendono ad escludere la presenza di un'altra persona e hanno forti componenti

aggressive. L'autore distingue tre tipologie di tossicomani: a struttura nevrotica, a struttura psicotica e a struttura depressiva (Bergeret, 2001).

Secondo l'approccio psicodinamico, il fenomeno della tossicodipendenza trasmette la grave sensazione dell'impossibilità a nascere socialmente. Charmet (2000) la legge come una fase di impasse rispetto a quella fase del ciclo vitale che comporta il confronto tra le proprie abilità e la valutazione che di queste può essere fatta da persone, gruppi, istituzioni esterne alla famiglia. La famiglia costituisce un gruppo umano centrato sul compito dell'allevamento e dell'inserimento sociale dei figli, che può essere portato a termine grazie ad un'equa distribuzione delle funzioni e dei ruoli affettivi materno, paterno e del bambino. Nel caso della famiglia del tossicodipendente si assiste ad un sovraccarico di valori materni, che indebolisce la funzione paterna di agevolare il distacco dalla famiglia.

Infine, l'approccio sistemico comprende diversi modelli che affrontano il problema della tossicodipendenza concentrandosi sui sistemi nei quali il tossicodipendente è coinvolto, come la famiglia, attribuendo un ruolo di maggior rilievo ai fattori relazionali e contestuali rispetto a quelli eminentemente intrapsichici. Il modello di Haley (1985) è definito strategico, in quanto concepito per individuare le mosse che il terapeuta deve fare al fine di raggiungere l'obiettivo che si è proposto e basa la sua prassi sulla concezione strutturale della famiglia. L'autore prende in considerazione due aspetti: il primo riguarda proprio la struttura della famiglia, di cui mette a fuoco la mancanza di barriere generazionali tra genitori e figli e la triangolazione del figlio nelle problematiche di coppia. Il secondo riguarda la fase del ciclo vitale in cui emergono i problemi, riferendosi in particolare alla fase del distacco dalla fami-

glia. Haley (1985) ritiene che alla base della tossicodipendenza ci sia una struttura familiare disfunzionale, caratterizzata da un padre periferico ed una madre troppo coinvolta con il figlio. A tal proposito, Stanton (1979) introdusse il concetto di "pseudoindividuazione": attraverso l'uso di droghe e altri atteggiamenti e comportamenti aggressivi il figlio vorrebbe rimarcare il proprio distacco dai genitori, ma la dipendenza dalla droga lo rende invece sempre più dipendente dalla famiglia che lo mantiene, gli fornisce il denaro, lo aiuta. La famiglia così appare incapace di far fronte all'angoscia di separazione.

Il modello di Cancrini (1985) riprende in parte quello precedente e aveva come obiettivo quello di individuare delle tipologie al di fuori delle categorie diagnostiche psicopatologiche abituali che permettessero di far risaltare maggiormente la peculiarità del comportamento tossicomaniaco e le differenze tra le varie configurazioni fenomenologiche della tossicodipendenza. Per Cancrini (1985), l'abuso costituisce per l'individuo un tentativo di fronteggiare da solo livelli di sofferenza percepiti come intollerabili. Le tossicomanie rappresentano un insieme disomogeneo di situazioni, che appaiono accomunate soprattutto dal tipo di rimedio scelto per affrontarle. L'autore le classifica in quattro tipologie in rapporto al ruolo esercitato dalle cause endogene e da quelle esogene sull'organizzazione psicologica dei soggetti e a quello dei modelli di organizzazione e di comunicazione esistenti nelle loro famiglie d'origine. La tossicomania di tipo A o traumatica comprende quei comportamenti tossicomaniaci che si situano in relazione ad un trauma psichico, quale un lutto, una malattia, una separazione in famiglia, di fronte al quale il soggetto è incapace di elaborare difese sufficienti e di reperire un interlocutore adatto e rassicurante. La sostanza

si dimostra in grado di proteggere questi soggetti dallo stato di sofferenza acuta tramite lo stordimento da esse indotto. Le tossicodipendenze di tipo B o da nevrosi attuale hanno a che fare con i problemi di individuazione del sé tipici del periodo adolescenziale, rappresentano cioè la copertura di alcune patologie psichiche adolescenziali. Si tratta di individui abituati ad intervenire nei conflitti dei loro genitori e a ricercare attenzione e affetto attraverso la drammatizzazione del loro disagio. La tossicodipendenza di tipo C o di transizione riguarda soggetti che utilizzano meccanismi di difesa basati sulla scissione, sul diniego, su diverse forme di identificazione proiettiva e che evidenziano scarse capacità di sperimentare stati di piacere e benessere. Il fattore che predispone sembra essere un'assoluta incapacità di condurre investimenti affettivi stabili e a decidere relazioni oggettive affidabili. Il sistema familiare appare caratterizzato dalla tendenza a non definire relazioni, dall'uso di messaggi paradossali e contraddittori, dal coinvolgimento dei genitori nella tossicomania del figlio, dalla diversificazione dei fratelli di "riuscito-fallito" e dal fatto che il sintomo del figlio è utilizzato per perpetuare la situazione di stallo della coppia. La droga si dimostra in grado di attenuare lo stato di disagio, consentendo al soggetto di sperimentare una condizione di libertà interiore. Infine, nella tossicomania di tipo D o sociopatica si ha a che fare con i disturbi di personalità. Si tratta di soggetti che hanno la tendenza ad esprimere i conflitti attraverso comportamenti di acting-out e che assumono la droga in modo distratto e anaffettivo, con un carattere di sfida. Le famiglie sono per lo più multiproblematiche, con disorganizzazione dei ruoli, scarsa definizione dei confini del nucleo familiare, inadeguatezza e disfunzionalità nello svolgimento dei ruoli genitoriali. La droga ser-

ve a smorzare la sofferenza, favorendo i meccanismi di rifiuto ed isolamento, canalizzando la tendenza all'auto punizione e rinforzando il ruolo sociale alla base della definizione del ruolo deviante.

Infine, secondo Cirillo alla base della tossicodipendenza c'è una carenza di accudimento materno che crea nel figlio modalità patologiche di attaccamento (Cirillo, 1996). In questa prospettiva, la tossicodipendenza non è il risultato di un mero ipercoinvolgimento materno a cui corrisponde una figura paterna distante e marginale, ma l'esito di una trasmissione intergenerazionale di esperienze traumatiche e carenziali mai adeguatamente elaborate da parte dei soggetti coinvolti. Ciò che caratterizza le famiglie del tossicodipendente non è tanto la loro appartenenza sociale o il grado di coesione strutturale che presentano, quanto le loro qualità interne. Cirillo (1996) suddivide le famiglie in tre sottogruppi: il primo sottogruppo, l'abbandono dissimulato, rivela modalità di accudimento apparentemente ineccepibili sul piano formale, ma sottilmente inadeguate. Lo sfondo trigenitoriale era caratterizzato da vicende traumatiche tanto evidenti quanto poco elaborate. In un secondo sottogruppo, l'abbandono misconosciuto, i genitori sembrano perpetuare le esperienze insoddisfacenti vissute all'interno della famiglia d'origine attraverso la strumentalizzazione dei figli all'interno delle disfunzioni di coppia ed attraverso l'occultamento del disagio relazionale. Il terzo sottogruppo, l'abbandono agito, è rappresentato dalle famiglie in cui prevale la trasmissione intergenerazionale dell'abbandono oggettivo come cultura affettiva dominante nella strutturazione dei legami.

LA TOSSICOMANIA NELLA FAMIGLIA

Le relazioni che intercorrono tra i membri della

famiglia non sono mai casuali, ma si condizionano e si intrecciano fra di loro costituendo allo stesso tempo causa del comportamento degli altri ed effetto di questo. I componenti della famiglia, con la loro condotta, codeterminano la dinamica del sistema familiare. Quindi, una variazione nel comportamento di un membro della famiglia determina un cambiamento negli altri partners, in modo che l'equilibrio sia riguadagnato e venga mantenuta l'omeostasi del sistema familiare. Un sufficiente grado di integrazione e di adattabilità da parte della famiglia ai mutamenti derivanti da eventi sia interni che esterni sono indispensabili per poter superare i momenti di crisi. È chiaro che non necessariamente questi disagi e queste dinamiche portino allo sviluppo successivo di comportamenti devianti: le dinamiche relazionali e familiari sembrano assumere un peso notevole nel favorire una possibile evoluzione di questi comportamenti, che possono ridimensionarsi oppure trasformarsi durante lo sviluppo o sfociare nell'adolescenza e nell'età adulta in comportamenti devianti.

L'intervento terapeutico nei confronti del soggetto tossicodipendente è fondamentale che si estenda all'intero contesto nel quale il soggetto vive per contribuire a modificare anche quei fattori socio-ambientali ed interpersonali che hanno generato il sintomo tossicomane con tutte le varie differenti forme di organizzazione o "sistemi" nei quali lo stesso si sviluppa e agisce.

LA STRUTTURA DELLA FAMIGLIA TOSSICOMANICA

Nelle famiglie con un membro tossicodipendente, di solito, è uno solo il genitore significativamente più coinvolto con il figlio tossicomane: manifesta maggiore preoccupazione, è indulgente e protettivo nei confronti del figlio, impedendo così il processo di esplora-

zione verso l'esterno e creando, nei confronti dell'altro genitore, l'esclusione se non addirittura l'avversione. In molti casi, si assiste alla formazione di un rapporto simbiotico nel quale, solitamente, il genitore ipercoinvolto è quello di sesso opposto, mentre quello periferico ed emotivamente distante dal figlio partecipa in maniera minore all'educazione del figlio ed alla gestione della vita familiare. A tal proposito, Cancrini parla di famiglie "disimpegnate" e famiglie "invischiate". Quest'ultime vengono classificate secondo una disposizione di ruolo in:

- Famiglie con padre centrale;
- Famiglie con madre centrale e padre periferico;
- Famiglie con madre centrale e padre assente.

Gli studi sulla famiglia tossicomane rilevano, nella maggior parte dei casi, la presenza di un genitore, di solito di sesso opposto al figlio tossicodipendente, ipercoinvolto con lui mentre l'altro genitore si trova in una posizione marginale, squalificata e squalificante o punitiva e quindi a livello della coppia genitoriale sembra essere presente una disgregazione non sempre esplicitata.

Mentre nei primi anni di vita del bambino sono prevalenti le funzioni di cura e di accudimento svolte essenzialmente dalla madre, nella fase dello svincolo, ossia nell'età adolescenziale, la figura del padre diventa protagonista. In queste famiglie, invece, spesso si verifica il fallimento del padre nel ruolo protettivo e di sostegno al figlio quando questi è nella fase di separazione dalla famiglia e lo stesso viene indicato come assente, distaccato, periferico o perché impegnato altrove per lavoro o separato o in carcere o affetto da un disturbo psichiatrico o dipendente da una sostanza o addirittura morto. Per contro, possiamo trovare il padre

autoritario, violento o all'opposto quello che si definisce "amico", perdendola sua funzione ed il suo ruolo. Invece, la madre è molto protettiva e simbiotica con il figlio con una condotta che tende a relegarlo nell'infanzia ed a considerarlo sempre piccolo: la crescita e lo sviluppo autonomo del figlio viene così bloccata. Ovviamente, non sempre tutto ciò sfocia in un atteggiamento tossicomano. Una complessità descrittiva maggiore dei "ruoli" familiari di adattamento è stata affrontata nel lavoro di Sharon Wegscheider (1981), che individuò tre figure fondamentali nella relazione tra i fratelli: l'eroe, che spesso è il primogenito e fornisce quei momenti di orgoglio ed è fonte di stima per la famiglia; il capro espiatorio, che è il membro della famiglia a cui afferiscono i conflitti coniugali e che tenta di competere per il primo posto nel voler essere bravo, ma è destinato ad un fallimento; il figlio ignorato, che trova il suo ruolo non creando alcun disturbo. Ciascun fratello lotta all'interno della famiglia per conservare il suo status e la sua identità. La tossicomania deve, quindi, essere intesa come processo ciclico che coinvolge più individui: il figlio tossicomane ed i suoi genitori sicuramente, per cui è necessario fare un lavoro anche con le famiglie, anche se non possono sempre considerarsi causa della tossicomania hanno sicuramente un ruolo determinante sia nel suo mantenimento che nella sua risoluzione.

I CONTESTI DI CURA: I SER.T., LE COMUNITÀ E LA PSICOTERAPIA

Partendo dal presupposto che la tossicodipendenza viene considerata, dal punto di vista clinico, come il sintomo di un disagio della persona, la formulazione di una "diagnosi" a più livelli si pone come garanzia per la progettazione di un percorso terapeutico efficace,

in sintonia con le risorse personali dell'utente, della famiglia e della rete circostante (compreso il servizio).

I principali luoghi istituzionali preposti ad occuparsi di tossicodipendenze sono i Ser.T., Servizi per le Tossicodipendenze. Gli obiettivi e l'organizzazione di tali strutture si sono modificati nel corso degli anni, a partire dalla loro istituzione ad oggi, seguendo l'evoluzione del fenomeno tossicodipendenza e le sue implicazioni sociali. Attualmente, il Ser.T. è un servizio specifico al quale vengono affidati compiti di prevenzione, cura, riabilitazione dei diversi stati di tossicodipendenza. Esso si occupa dell'abuso di ogni tipo di sostanza, incluse quelle legali, e non si concentra esclusivamente sull'eroina. Inoltre, l'obiettivo è quello di tutelare la salute della persona globalmente intesa, attraverso interventi volti sia alla riabilitazione che alla riduzione del danno connesso ad uno stile di vita rischioso. Quindi, il Ser.T. è caratterizzato dall'interdisciplinarietà degli interventi che chiamano in causa differenti strutture e qualifiche professionali impegnate nel perseguire un obiettivo comune. Appare evidente come la centralità del soggetto costituisce la filosofia di fondo del servizio: per ogni utente viene messo a punto un progetto individualizzato, che può richiedere il ricorso a più strutture ed il coinvolgimento di diversi professionisti e l'attuazione di differenti trattamenti, ma la presa in carico del soggetto e la responsabilità del suo progetto resta al servizio. All'interno della realtà di questi servizi, ci si trova inevitabilmente di fronte alla difficoltà di integrare gli interventi di diverse figure professionali coinvolte a vario titolo nell'approccio al caso. Durante il trattamento spesso agiscono parallelamente il medico, l'infermiere, lo psicologo, l'educatore, l'assistente sociale, per cui se da una parte l'operatore tende a seguire il soggetto senza

avere rapporti con gli altri membri dell'equipe, dall'altro gli utenti cercano di liberarsi dei loro conflitti e del loro dolore proiettando le loro frammentazioni interiori all'interno della scissione dell'equipe.

Accanto al lavoro del Ser.T., troviamo un altro tipo di intervento: la comunità. Quando si parla di comunità, ci si riferisce alla vita in comune, la quale a sua volta rimanda a diversi tipi di esperienze. La famiglia può essere un esempio: pensiamo alla famiglia allargata dove un gruppo di persone, che hanno tra loro un legame di parentela, vive in complessi abitativi condividendo l'esperienza di lavoro, la vita quotidiana, la cultura e i miti familiari. Quindi, le comunità sono delle strutture residenziali all'interno delle quali un gruppo di persone vive insieme condividendo un obiettivo centrale. Tale gruppo costituisce una sorta di microsocietà, dove vengono riprodotti ruoli e funzioni assimilabili a quelli della società allargata. Le comunità colgono la complessità del problema tossicomane: esse rispondono con naturalezza agli aspetti di emarginazione e disadattamento sociale e scelgono di organizzare un progetto terapeutico a partire dalla presa in carico totale del giovane tossicomane. Le comunità possono essere distinte in: comunità esplicitamente terapeutiche e comunità implicitamente terapeutiche. Le prime si propongono al tossicomane come strutture del tutto transitorie, aventi una funzione esplicitamente terapeutica. Entrare in questo tipo di comunità significa affrontare una prima fase di selezione, dopo la quale è possibile accedere alla fase residenziale vera e propria. I tempi e le fasi di permanenza sono rigidamente prestabiliti e tutti i residenti devono seguire un programma che prepara alla fase del rientro. In questo tipo di strutture il focus del trattamento è posto sull'aspetto rieducativo e di reinserimento

sociale. Invece, le comunità implicitamente terapeutiche si presentano essenzialmente come proposte di vita alternativa: non esiste alcuna selezione iniziale e l'accettazione alla struttura è legata alla disponibilità di posti e al verificarsi di un incontro ideale tra il tossicodipendente e la comunità. Entrare in queste strutture significa aderire ad un nuovo stile di vita, ad una nuova filosofia del vivere e lavorare insieme. Ognuno può decidere quanto prolungare la permanenza, poiché non esiste una fase di rientro. Anche qui esistono delle regole da seguire, che riguardano soprattutto i rapporti interpersonali. Questo tipo di comunità tendono a sostituirsi al contesto sociale di provenienza del tossicodipendente, avvalorando la convinzione che proprio tale contesto ha provocato la sua condizione. Il reale potenziale terapeutico di entrambe le tipologie di comunità è proprio la caratteristica a tempo pieno dell'esperienza. Questo tipo di strutturazione contribuisce ad alleviare le ansie, il bisogno di protezione e di controllo presenti nel tossicomane. La maggior parte delle comunità si propone al soggetto in modo tale da accogliere la sua richiesta, ridefinendola nei termini di una reale motivazione al cambiamento. Questo tipo di comunità si offre come alternativa al mondo del tossicomane costruito intorno alla droga: prendere in carico in modo globale il soggetto significa occuparsi, più che della dipendenza, di tutta la sua vita. È proprio facendo un discorso sulla qualità della vita che le comunità si pongono a metà strada tra le imprese terapeutiche e quelle educative. La dimensione familiare del gruppo comunitario non è determinata tanto dalla presenza di figure che simboleggiano il genitore mancato o il gruppo di fratelli, quanto il fatto che essa rappresenta una cornice chiara all'interno della quale si struttura un processo evolutivo

simile a quello che caratterizza il passaggio dall'adolescenza all'età adulta.

Infine, i trattamenti psicoterapeutici sono ampiamente utilizzati per i disturbi da uso di sostanze ed includono la psicoterapia individuale, familiare e di gruppo, ciascuna con vari orientamenti. Tradizionalmente, l'approccio alla terapia di gruppo nel trattamento delle tossicodipendenze ha rappresentato la tradizione più popolare a questo problema, in quanto il gruppo fornisce un elevato grado di sicurezza e di strutturazione capace di sostenere e mettere a confronto, di confrontare e sfidare, di coinvolgere i suoi membri in incontri che aumentano la consapevolezza dei problemi personali. Il gruppo ha la capacità di fornire un luogo sicuro per il cambiamento. Infine, la psicoterapia familiare è molto utile nel trattamento della dipendenza, in quanto essa ha un profondo effetto sulla famiglia e questa è un fattore cruciale nel trattamento di un individuo che ne fa uso. La terapia familiare non può restare isolata nella cura di individui con un problema di tossicodipendenza. Essa rappresenta un attributo prezioso e spesso necessario al trattamento, in particolar modo quando è integrato in un programma complessivo.

CASO CLINICO

M. è un tossicodipendente di quasi 21 anni. La sua tossicodipendenza venne scoperta sei anni fa, in seguito ad una segnalazione ai servizi sociali per abbandono di minore. Da allora la tossicodipendenza procedette parallelamente alla carriera delinquenziale, spaccio e piccoli furti, che determinò appunto la consultazione da parte del tribunale per la valutazione del nucleo familiare. La famiglia è formata dai due genitori e da M. Entrambi i genitori provengono da famiglie benestanti e lavorano a tempo pieno. Nel racconto di M.,

l'assoluta mancanza di tutela da parte dei genitori viene idealizzata come massima libertà. Dopo la scuola dell'obbligo, M. a 15 anni è praticamente adulto: si trasferisce in un appartamento, dove vive per un periodo con la sua ragazza. A questo punto intervengono i servizi sociali per un sospetto abbandono di minore, per cui i genitori di M. decidono di mandarlo a vivere con la nonna. I primi segni di devianza M. li dà ad 11 anni: in questo periodo inizia ad aggregarsi a gruppi di preadolescenti del quartiere. La madre si dichiara sempre più incapace ed impotente nell'individuare una misura di autonomia per il figlio che cresce. Nel frattempo, M. conduce un ritmo di vita adulto e sperimenta già l'uso di droghe leggere. Pian piano prende parte a piccoli furti e si dedica allo spaccio sino ad arrivare all'uso regolare di stupefacenti. Nel frattempo, il rapporto con il padre si consolida su una modalità che tende ad avvalorare e rinforzare il suo comportamento: quando il padre di M. parte per i suoi viaggi a Cuba, dedito al turismo sessuale, porta con sé il figlio e lo invita a fare ciò che fa lui. Così l'uso di sostanze permette a M. di sentirsi sempre più adeguato rispetto ai compiti prescritti dal suo gruppo di riferimento e, nello stesso tempo, di contenere la rabbia scaturita dall'inettitudine della madre e dall'ambiguità del padre. Inoltre, dopo un percorso comunitario con esito apparentemente positivo, M. è stato "spedito" a Cuba per sei mesi, anziché essere ripreso in casa; al suo rientro in Italia, ha ricominciato a far uso di sostanze. Sino ad oggi, sono stati tentati svariati percorsi comunitari e tutti con esito negativo: nel momento in cui la madre fa intuire al figlio che c'è la possibilità di riprenderlo in casa, se lui non fa più uso di sostanze, M. abbandona il programma asserendo di star bene e di sentirsi pronto ad uscire e di non riuscir più a stare chiuso nello stesso posto. Attualmente,

ha interrotto il programma in comunità ma sta proseguendo la terapia familiare presso un centro per le famiglie.

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

La tossicodipendenza è un fenomeno complesso e multideterminato, in cui è difficile tentare di isolare il sintomo dal contesto socio-culturale e familiare, dai problemi sanitari e dalle caratteristiche psicologiche individuali. La presa in carico del soggetto tossicomane comporta una preliminare valutazione del quadro clinico globale del soggetto, per cui è necessario affiancare all'intervento individuale, finalizzato alla modificazione dei comportamenti disfunzionali del soggetto tossicomane, un intervento esteso alle influenze ambientali che sul soggetto esercitano i contesti sociali, primo tra i quali la famiglia in quanto contesto di riferimento all'interno del quale l'individuo scopre e sviluppa relazioni, affettività, valori e modalità comportamentali e svolge un importante ruolo nella genesi, nel mantenimento e nel recupero della tossicodipendenza. Da ciò emerge sia la necessità di stimolare la famiglia a porsi in una condizione di protagonista attiva del trattamento di recupero che la possibilità di creare nella famiglia una maggiore consapevolezza della propria importanza come modello di riferimento.

Vi è una stretta connessione tra la partecipazione della famiglia alla terapia e l'andamento del soggetto tossicomane rispetto all'abuso di sostanze, quindi la necessità di un intervento con la famiglia nasce dalla consapevolezza delle gravi limitazioni che subisce un trattamento del soggetto senza il coinvolgimento di essa. Il realizzare allora un cammino di recupero comunitario che vede il percorso del tossicodipendente in comunità svolgersi parallelamente a quello della sua famiglia è un obiettivo importante, in quanto mentre il

tossicodipendente vive la vita della comunità e in essa mette in atto quelle modificazioni del suo comportamento e del suo stile di vita, la sua famiglia dovrebbe essere partecipativa e coprotagonista di tale cammino evitando il ripetersi di dinamiche che già nel passato hanno influito negativamente. In realtà raramente questo avviene: nella maggior parte dei casi, la famiglia non viene coinvolta oppure lo è in modo marginale o, addirittura, lavora in senso opposto rispetto ai servizi. Le ragioni per cui avviene tutto ciò sono varie.

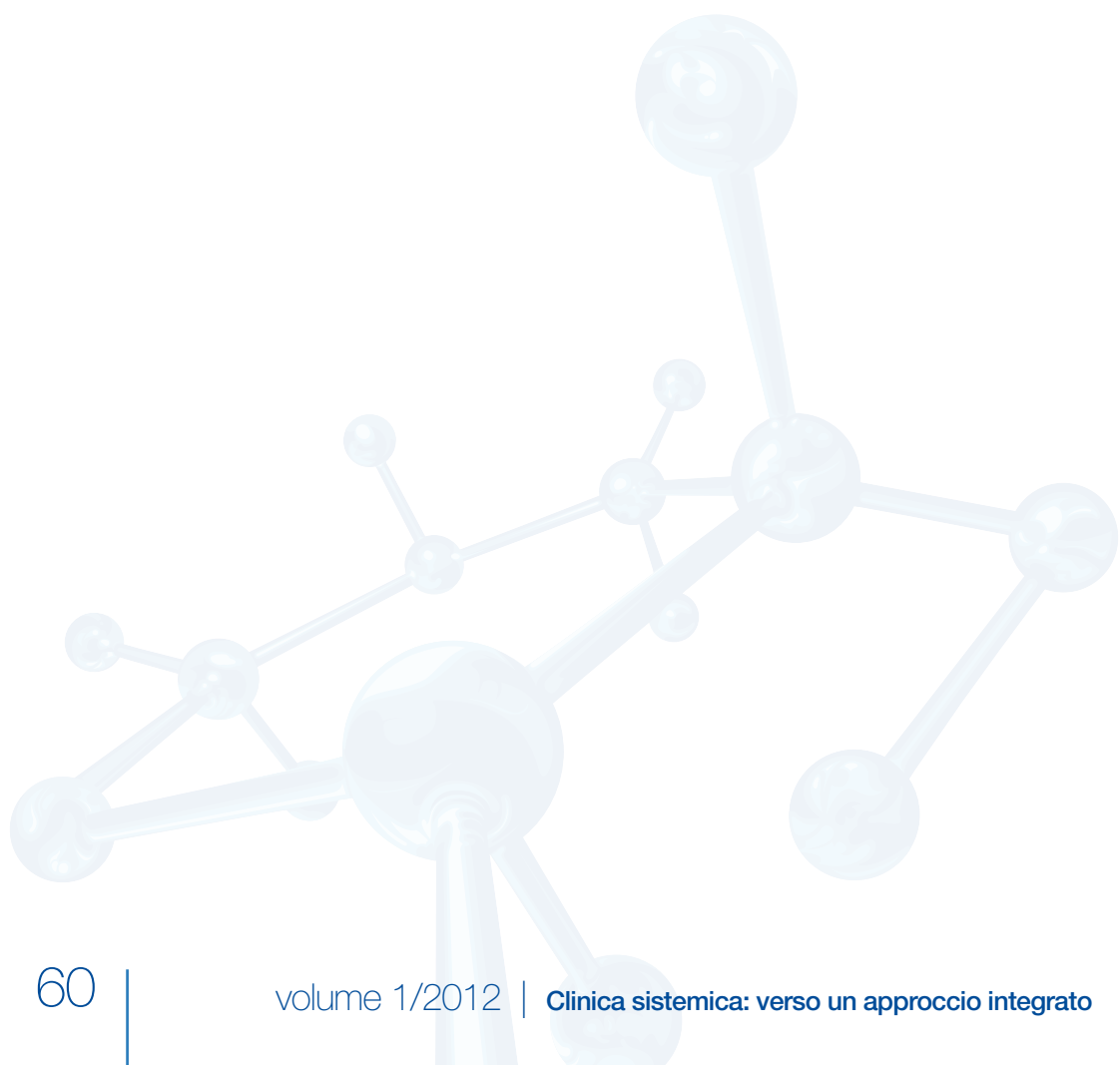
Innanzitutto la difficoltà a definire esattamente la famiglia di riferimento: di tutte le persone che anagraficamente costituiscono la famiglia del soggetto tossicodipendente, quanti e quali membri sono effettivamente disposti a farsi coinvolgere nel cammino di recupero? Frequentemente alcuni membri, anche per un meccanismo di difesa sviluppato nel periodo della tossicodipendenza attiva del familiare, si estraneano dalla sua vita e non sono disposti ad intervenire in un percorso che sentono come estraneo. Una seconda ragione nasce dalla limitatezza dei mezzi che i servizi hanno nell'affrontare il loro compito: il possedere energie limitate costringe spesso ad operare delle scelte che favoriscono il lavoro sull'individuo rispetto a quello sulla famiglia. Infine, un altro problema è quello del soggetto dell'intervento: chi deve farsi carico del lavoro con la famiglia? Deve essere necessariamente lo stesso soggetto che si fa carico del tossicodipendente?

Così come non è stato individuato un solo metodo per il recupero del tossicodipendente, anche nel caso delle famiglie non è possibile definire un itinerario ideale: le variabili in gioco sono molte per poter pensare di ridurre la complessità delle loro interazioni al punto di poter schematizzare un metodo d'intervento preferenziale. Ciò non significa affatto che

non sia possibile analizzare le singole situazioni o creare schemi di riferimento teorici che possano costituire una solida base su cui impostare il lavoro: significa però che ognuno di questi interventi nasce già con valore relativo allo specifico contesto e dovrà essere rimesso in discussione continuamente al variare delle condizioni.

Bibliografia

- Ackerman, N. (1968). *Psicodinamica della vita familiare. Diagnosi e trattamento delle relazioni familiari*. Torino: Boringhieri.
- Bergeret, J. (2001). *Chi è il tossicomane. Tossicomania e personalità*. Bari: Dedalo.
- Cambiaso, G., Berrini, R. (1994). *Terapia della famiglia in crisi: la famiglia del tossicodipendente*. Milano: FrancoAngeli.
- Cancrini, L. (1985). *Quei temerari sulle macchine volanti. Studio sulle terapie dei tossicomani*. Roma: Carocci Editore.
- Cancrini, L., Malagoli Togliatti, M., Meucci, G.P. (1977). *Droga chi, come, perché e soprattutto che fare*. Firenze: Sansoni.
- Cancrini, M.G., Mazzoni, S. (2003). *I contesti della droga. Storie di esplorazione, autoterapia e sfida: un approccio psicologico al fenomeno delle dipendenze attraverso la complessità*. Milano: FrancoAngeli.
- Cancrini, M.G., Zavattini, G.C. (1977). *Individuo e contesto nella prospettiva relazionale*. Bulzoni: Roma.
- Charmet G. (2000). *I nuovi adolescenti. Padri e madri di fronte a una sfida*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Cirillo, S. (1996). *La famiglia del tossicodipendente*. Milano: Raffaello Cortina.
- Dowd, T.E., Rugle, L., Schifano, F. (2001). *La tossicodipendenza: trattamenti a confronto*. Milano McGraw Hill.
- Galanter, M. (2001). *Terapia di rete per i disturbi da uso di sostanze*, edizione italiana a cura di Clerici M. e Bertrando P. Torino: Bollati Boringhieri.
- Gullotta, G. (1982). *Sistema familiare e tossicodipendenza*. Milano: Giuffrè Editore.
- Haley, J. (1985). *Fondamenti di terapia della famiglia*. Per cambiare la famiglia. Milano: Feltrinelli.
- Minuchin, S. (1976). *Famiglie e terapia della famiglia*. Roma: Astrolabio.
- Olievenstein, C. (2001). *Il destino del tossicomane*. Roma: Borla.
- Ravenna, M. (1997). *Psicologia delle tossicodipendenze*. Bologna: Il Mulino.
- Stanton, M. D. (1979). *Famiglia e tossicomania*, *Terapia Familiare*, 6, pp 99-115.
- Zanusso, G., Davanzo, A.A., Michelon, M. (1998). *Comportamenti familiari nella tossicodipendenza. Strumenti per cambiare*. Milano: FrancoAngeli.
- Zanusso, G., Giannantonio, M. (1998). *Tossicodipendenza e comunità terapeutica: strumenti teorici e operativi per la riabilitazione e la psicoterapia*. Milano: FrancoAngeli.
- Watzlawick, P. (1967). *Pragmatismo della comunicazione umana*. Roma: Astrolabio.
- Wegscheider S. (1981). *Another Change: Hope and Health for Alcoholic Family*. Palo Alto: Science e Behavior Books.



Terapia Sistemica: familiare, individuale e di coppia: verso un approccio integrato

Carmela Celestre, Daniela De Martino*, Alessandra Negri*, Roberta Tarantino**

Sommario

Il testo discute la possibile integrazione tra terapia familiare, individuale e di coppia, in campo sistemico. Partendo da una breve introduzione, la tesi si snoda attraverso la presentazione di due casi clinici che vogliono illustrare come sia possibile giungere ad un esito positivo e costruttivo mediante l'approccio integrato in terapia sistemica. Il lavoro si conclude presentando riflessioni e lasciando aperte domande alle quali solo l'esperienza in ambito clinico potrà dare una risposta.

Parole chiave:

Terapia sistemica, terapia individuale, terapia di coppia, integrazione degli interventi, contesto

Summary

The text discusses the possible integration of family therapy, individual and couple, in systemic field. Starting with a brief introduction, the argument goes through the presentation of two case studies that illustrate how they want to be able to reach a positive and constructive outcome through the integrated approach in systemic therapy. The paper concludes by presenting reflections and leaving open questions to which only the clinical experience will provide an answer.

Key words:

Systemic therapy, individual therapy, couples therapy, integration of interventions, context

**Allieve 3 anno IDIPSI*

INTRODUZIONE

L'idea di questo lavoro è nata dall'esigenza di comprendere in termini pratici la fruibilità della terapia sistemica. Ci siamo poste molte domande circa la terapia familiare, di coppia e individuale, e quanto queste debbano e possano essere integrate. Cercheremo con questo lavoro e con il supporto di esperienze pratiche di dare alcune risposte alle molte domande che ci siamo poste.

Quando parliamo di Terapia Sistemica dobbiamo porre attenzione ad alcuni punti salienti che la contraddistinguono. Per prima cosa, occorre concentrarci sulle *risorse*. L'ottica sistemica pone molta attenzione alle risorse presenti nel contesto, un contesto che include le persone significative e il terapeuta stesso. Alla base del nostro lavoro vi è la volontà di connettere, di creare una rete di connessioni che possa essere di sostegno alla terapia e a ogni singolo individuo coinvolto. Un'immagine bellissima che calza a pennello con quello che avviene in terapia è la danza: pazienti e terapeuti creano una relazione che assomiglia a una danza che accompagna lo svilupparsi di relazioni e momenti significativi per tutta la durata del processo terapeutico (Bianciardi, 2008).

Il clinico, tanto quanto il paziente, fa parte del sistema di cura e mette in campo le proprie risorse e le proprie *premesse* (Telfener, 2008). Aspetto importantissimo sono le premesse e l'attenzione che a queste diamo in ogni processo di cura; non è possibile tralasciarle in quanto ci danno terreno fertile da cui partire (Telfener, 2008).

C'è poi da tenere in considerazione l'importanza dell'analisi della domanda che ci viene posta, sia esplicita che implicita, e l'inviante di questa domanda.

Tutti gli elementi che abbiamo elencato fino ad ora sono solo alcuni dei punti fondamentali

che caratterizzano la terapia sistemica e che torneranno utili nel corso del nostro lavoro per poter fare un confronto tra modi differenti di "fare" terapia. In un articolo di Telfener (2008) viene spiegato come quello che differenzia i diversi modelli terapeutici l'uno dall'altro sia la *scelta epistemologica*: in funzione dell'ottica che viene condivisa, cambiano le letture, l'operatività e le priorità. Il livello epistemologico è la scelta che noi facciamo, è l'interpretazione che diamo al modo in cui svolgiamo la psicoterapia e rappresenta le fondamenta del nostro pensiero. Il nostro agire parte da qui, non più la tecnica per eccellenza bensì dalla possibilità di riflettere sulle scelte, sulle premesse e sulle connessioni possibili, su un agire soggettivo che ha determinato l'instaurarsi di una particolare realtà talvolta a discapito di un'altra. *Essere sistemici significa fare diagnosi della diagnosi e valutare le possibilità che vengono a presentarsi in corso d'opera* (Barbetta, Benini e Naclerio, 2003).

Partire ripercorrendo i principi fondamentali in cui crediamo, ci permette di fare un confronto tra i vari modi di fare terapia rimanendo comunque in un contesto condiviso che è quello sistemico.

Il pensare sistemico prescinde dalla tipologia di setting sia esso individuale, di coppia o familiare, in quanto rappresenta la cornice in cui si opera. Per questo motivo non si è meno sistemici nel momento in cui si pensa possa essere utile vedere in terapia solo alcuni dei componenti di una famiglia o un singolo individuo. L'attenzione del terapeuta rimane in ogni caso, in ogni tipo di contesto centrata su concetti di cui abbiamo precedentemente parlato quali la creazione di connessioni, l'attenzione alle risorse e alla soggettività, l'ipotizzazione e la circolarità.

Boscolo e Bertrando (1996) hanno cercato di individuare alcuni casi in cui la terapia indivi-

duale sistemica può rappresentare un valido strumento. Stiamo parlando, per esempio, di adolescenti o giovani adulti che al termine di una terapia familiare sentano la necessità di proseguire individualmente, di adolescenti o adulti che fin dall'inizio rifiutano un intervento sulla famiglia, di un coniuge che rifiuta la terapia di coppia. In tutti questi casi pare sia utile intraprendere una terapia individuale in ottica sistemica, cercando di tenere sempre presenti gli altri significativi anche se non presenti fisicamente.

Quello che ci chiediamo è se le diverse terapie (familiare, individuale e di coppia) possano essere integrate, se una esclude l'altra o se possono esistere contemporaneamente. Ci possono essere dei casi dove parallelamente si lavora con il singolo soggetto richiedente e con la sua famiglia, casi in cui si parte da un incontro individuale e a metà del percorso si decide di integrare il setting con i familiari significativi. Dov'è il limite? Come si può decidere a priori il percorso migliore? Partire dalle premesse e dalle caratteristiche emergenti significa anche poter rinegoziare, ridefinire, ricalcolare sulla base di quello che ogni componente ha da mettere in campo. Partendo da esempi pratici, ci chiediamo se può essere un valore aggiunto lavorare su diversi fronti? E se lo facciamo, quanto possiamo prendere e riportare in terapia familiare?

Dobbiamo poi tenere in considerazione le difficoltà che possono nascere dalle scelte che noi operiamo, ad esempio *come viene percepito da parte del paziente un cambiamento di setting laddove non richiesto dallo stesso? E a terapia avviata, l'invito dei familiari potrebbe forse essere interpretato come un sostegno al soggetto e, come conseguenza, farlo sentire inadatto alla terapia? Può essere vista come una minaccia la ristrutturazione del setting?* Se adeguatamente introdotto e motivato,

ogni cambiamento dovrebbe entrare a far parte del processo di ri-narrazione e apportare elementi utili al fine di promuovere il benessere, ma non sempre questo sembra essere possibile. Un'ottica puramente individuale o di coppia o familiare rischia di essere riduttiva, di perdere momenti e contenuti importantissimi al raggiungimento dell'obiettivo. Indiscutibile è il fatto che se abbiamo un'attivazione di più componenti non possiamo non prenderla in considerazione, ma sarà sempre utile? Probabilmente calibrare il proprio intervento in base ai soggetti che ci troviamo di fronte è il modo migliore per operare scelte utili e competenti.

Caso clinico Mario Briscola: dalla terapia individuale, alla familiare e a quella di coppia

Mario è stato preso in carico al Ser.T. di Parma per una dipendenza da alcool e viene seguito individualmente da una psicoterapeuta del servizio. La richiesta dell'inviante era di accertare la possibilità di uno spazio per la terapia di coppia o con la famiglia del signor Briscola.

Mario non riesce a individuare un periodo specifico della sua vita in cui ha iniziato a bere; ricorda che da sempre ha provato piacere nel bere poiché l'alcool lo disinibisce e lo porta ad essere più a suo agio nei diversi contesti sociali; nell'ultimo anno, a causa di alcuni problemi sul lavoro, pensa di aver perso il controllo. Mario mostra una tendenza a minimizzazione disagi e problemi. L'uomo assume farmaci sin da quando era bambino. Sua madre è sempre stata protettiva nei suoi riguardi, lo ha sempre accudito in tutto. Questo ruolo, dopo il matrimonio, è stato assunto da Maria, sua moglie, che tuttora fissa per lui le visite mediche, gestisce il suo conto in banca e gli somministra l'antabuse, prescritto dal medico del Ser.T..

Mario descrive il rapporto con i figli come conflittuale, soprattutto con suo figlio minore Rocco, che ha intrapreso quattro diversi percorsi scolastici senza portarne a termine uno. Il ragazzo, negli ultimi due anni, non ha né studiato né lavorato, ma è sempre stato in casa con gli amici a giocare ai giochi di ruolo fino a tardi. Tra Mario e Rocco non c'è comunicazione, sembra, infatti, che sia Maria a mediare tra i due. Silvia, la figlia maggiore, frequenta l'università anche se sembra non procedere con continuità nel sostenere gli esami. È seguita privatamente da uno psicologo a causa di attacchi di panico.

Dai primi colloqui con Mario sembrano emergere delle criticità riguardanti una possibile ricaduta nella dipendenza da alcool, un forte distacco emotivo dalla sua situazione e la tendenza a non problematizzare. Inoltre, emerge l'impressione di un'adolescenza protratta che contraddistingue la vita di Mario, la concezione del tempo molto soggettiva e la sensazione che egli percepisca il suo problema con l'alcool come una cronicità normalizzata.

Viene proposto di continuare il percorso individuale con la psicologa e di iniziare un percorso di psicoterapia familiare, in parallelo al primo.

La famiglia Briscola si presenta in terapia in funzione del problema di Mario

Al primo incontro si presenta la famiglia al completo: entrambi i coniugi e i due figli.

È stata Maria a prendere contatti con il Ser.T., per il marito. Quando Mario ha avuto una crisi d'astinenza, Maria si è rivolta all'ospedale che li ha inviati al Centro di Igiene Mentale ed è iniziata la fase di disintossicazione, durante la quale è stato accuratamente seguito dalla famiglia.

Rocco e Silvia sono stati coinvolti nella situazione sin da subito. Mario, inizialmente, voleva

disintossicarsi da solo, ma la famiglia sembra aver messo in piedi un vero e proprio ricovero controllandolo in ogni momento della sua giornata per due settimane. Sono stati coinvolti anche gli amici di Mario che, quando Maria non era in casa, lo controllavano. Successivamente, l'uomo ha iniziato ad assumere una terapia farmacologica che ha permesso gradualmente a Maria di allentare il controllo (era lei che gli somministrava i farmaci). La terapeuta avvia la riflessione sulla strutturazione familiare: sembra che non ci sia una divisione dei ruoli in famiglia e che i figli si siano gestiti sempre da soli. Anche per quanto riguarda i pasti non vengono mai condivisi: a pranzo mangiano tutti dalla nonna Marta ma ad orari diversi, a cena mangiano indipendentemente.

Rocco. Non vorrebbe farsi coinvolgere nella situazione del padre, non l'ha mai percepito come una persona forte. Quando è a casa, trascorre il tempo in camera sua. Attualmente non lavora. Ha fatto richiesta per arruolarsi nel corpo militare dei paracadutisti, riferendo di aver optato per questa scelta "per mettersi a posto". Si descrive come un ragazzo molto chiuso, inetto e pigro, incapace di prendersi un impegno serio e vede nel sistema militare una possibilità di soluzione alle sue difficoltà, anche di tipo lavorativo. Rocco dice che nei momenti difficili può contare su Silvia, che considera la sua forza.

Silvia. È molto delusa e ferita per la condizione di suo padre, al quale è molto legata. Quando Mario ha avuto le crisi di astinenza, l'idea del suo punto di riferimento fisso è venuta meno. La sua delusione, dice, non è legata al fatto che il padre sta affrontando un periodo di difficoltà, ma a come lo gestisce. In famiglia, l'uomo sembra autoescludersi, è sempre stato assente in ogni riunione di famiglia in cui si prendono decisioni importanti per il nucleo familiare.

Maria. Si è attivata molto per aiutare il marito nel suo momento di difficoltà; è lei che ha preso contatti col medico quando Mario ha avuto le crisi d'astinenza da alcool. La donna assume una posizione molto protettiva anche nei confronti dei figli, soprattutto nei confronti di Rocco che percepisce fortemente squalificato dal padre. Lo trova molto autoritario e questo fa sì che Rocco si chiuda e che lei si affianchi a lui. Maria ha sempre percepito Mario come un terzo figlio, non si è mai appoggiata a lui, anche se non è stato sempre così. I primi anni di matrimonio cercava appoggio da lui, che non sembrava coinvolgersi e, col passar del tempo, ha smesso di chiedergli aiuto e di renderlo partecipe della sua vita. Sente di dover tenere sempre tutto sotto controllo e di gestire la sua vita autonomamente; è abituata a fare sempre tutto da sola e, inoltre, è sempre lei che oltre a provvedere ai bisogni della famiglia, accudisce i genitori anziani. Infatti, sua madre è costretta a letto da una malattia degenerativa, mentre il padre, recentemente, è stato coinvolto in un incidente e ha bisogno di essere accudito. Fino ai 22 anni, Maria ha vissuto in casa con i suoi genitori: la madre era molto ansiosa e lei ha sempre ricoperto il ruolo di figlia perfetta, perché suo fratello causava molti problemi ai genitori.

La mamma di Mario: Vittoria. Mario ha sempre percepito sua madre come una donna forte che si è sempre occupata di tutto, essendosi ritrovata vedova quando il figlio aveva 8 anni. Adesso, invece, sembra che Vittoria renda partecipe Mario delle sue ansie e che solo lui riconosca che lei ha le sue stesse fragilità e paure. Ancora oggi, però, Vittoria resta un punto di riferimento per Mario, un aiuto concreto per tutta la famiglia e l'uomo la definisce come "un porto sicuro". Il padre di Mario è morto improvvisamente e lui riporta di essere cresciuto con il timore della morte di

sua madre sin da piccolo e quindi la paura di rimanere da solo.

Durante i colloqui con la famiglia sembrano emergere in maniera distinta i ruoli assunti dai singoli membri: Mario appare molto squalificato all'interno della sua famiglia, sia come marito che come padre, e sembra ricoprire ancora il ruolo di figlio di una madre molto accudente.

Rocco pare essere molto distaccato emotivamente dal padre e molto protettivo verso la sorella che, invece, sembra ricoprire il ruolo di controllore del padre (come Maria).

Rocco e Silvia appaiono da una parte adulizzati, dall'altra sembrano coinvolti all'interno delle dinamiche familiari in maniera collusiva. Si nota come, talvolta, le differenze generazionali all'interno della famiglia vengano meno. Con il percorso terapeutico si cercherà di riabilitare il ruolo paterno, permettendo a Mario di vivere il piacere della paternità.

Emerge, inoltre, il potere che Mario esercita sulla famiglia attraverso il mancato riconoscimento di Rocco: il ragazzo chiama in gioco il padre e gli affida un ruolo importantissimo, Mario, però, sembra non cogliere il bisogno del figlio, in quanto fa fatica a percepirlo.

Mario, durante il percorso terapeutico, ha una ricaduta nell'abuso di alcool. Andato in Francia con un amico ha sospeso, per l'intera vacanza, l'assunzione di Antabuse bevendo fino al collasso.

Questo avvenimento ha portato un grande squilibrio in famiglia e sembra che Maria sia intenzionata a chiedere la separazione dal marito: la donna sente una forte delusione nei suoi confronti e tanta rabbia. Dal suo punto di vista, la separazione costringerà Mario a restare solo e a confrontarsi su come ha condotto la sua vita negli ultimi anni, concentrato esclusivamente sui suoi bisogni.

Rocco, dopo la ricaduta del padre, si è chiu-

so ulteriormente in casa. È stato lui, però, a riaccompagnare il padre al Ser.T.. Il ragazzo non condivide con nessuno le sue preoccupazioni e afferma di voler gestire la cosa in modo del tutto autonomo.

Silvia ha interrotto ogni forma di comunicazione col padre dal quale si sente terribilmente tradita. Sembra che i ruoli di padre e figlio tra Mario e Rocco si siano invertiti: Rocco pare non aver mai avuto una figura paterna e non essere mai stato visto da Mario. La situazione è bloccata. Mario appare fermo, disimpegnato all'interno della propria moratoria protratta. Uno sblocco di questa situazione "non evolutiva" di Mario potrebbe apportare un adattamento e un movimento più funzionale all'interno della famiglia. La terapeuta decide, per il prossimo incontro, di iniziare con Mario e Maria un percorso psicoterapeutico che includa la sola coppia genitoriale, in quanto i figli sembrano essere troppo coinvolti nella situazione e, inoltre, per portare alla luce la costruzione delle dinamiche di coppia che finora hanno mantenuto un equilibrio familiare che in questo momento non è più funzionale.

Uno sguardo sulla coppia: Mario e Maria

Maria pensa che da sola starebbe molto meglio. Mario non le fornisce nessun sostegno, sia morale che concreto; lamenta il fatto che la loro relazione è sempre stata così, lei si sente sola, ci sono alcuni giorni in cui non si parlano mai, dormono da sempre in camere separate; lei invece vorrebbe un rapporto di coppia in cui si senta supportata dal marito e in cui ci sia scambio di comunicazione e di affettività. Nonostante il fatto che Mario abbia fatto dei gran passi in avanti nel coinvolgimento familiare rispetto al passato, dopo la seconda ricaduta Maria ritiene che il loro matrimonio non abbia più ragione d'essere e ritrova nella convenienza economica l'unica

motivazione della loro unione. Mario sembra essere d'accordo con la decisione della moglie sulla separazione.

Maria ha iscritto Rocco al volontariato dell'assistenza pubblica e lo sta spronando a riprendere gli studi.

La terapeuta riscontra delle similitudini sulla modalità relazionale che Maria ha nei confronti di Mario e di Rocco, e ipotizza che uno dei motivi per i quali ha scelto la separazione può essere dovuta alla non tolleranza dell'autonomizzazione di Mario.

Si lavora in ambito familiare per ristabilire i confini tra i membri: Rocco è il figlio, Mario il partner. Sembra che Rocco stia assumendo il ruolo di compagno di Maria, infatti, è sempre pronto a sostenerla nelle sue scelte. Maria vede dei miglioramenti in Mario, lo trova molto più sicuro di sé e in grado di relazionarsi adeguatamente con l'ambiente esterno, ma afferma di sentire che questi movimenti li ha fatti esclusivamente per se stesso.

La terapeuta muove una riflessione su come la coppia fino ad ora ha trovato equilibrio nel proprio rapporto. Essendo, Mario, considerato una persona fragile, veniva tutelato dalla sua famiglia che prendeva ogni genere di decisione per lui. Quando ha iniziato a stare meglio, però, l'uomo non sentiva questa posizione ormai più adeguata e ha iniziato a pretendere di essere ascoltato.

Maria che, d'altra parte, ha portato sempre avanti la famiglia in autonomia, da un certo periodo in poi ha smesso di chiedere aiuto a Mario, visto che le sue precedenti richieste cadevano nel vuoto. Così la donna ha percepito il marito sempre meno presente nella sua vita e, a un certo punto, ha smesso di coinvolgerlo, rafforzando il suo movimento di prendere le decisioni in autonomia. Questo tipo di dinamica di coppia, innescatosi all'inizio del loro rapporto, ha creato un automatismo fin-

ché non è accaduto qualcosa che ha fatto sì che questo equilibrio fosse meno funzionale. Sembra che la crisi della coppia nasca proprio da questo equilibrio che Mario e Maria hanno creato e che costringe entrambi in ruoli che oramai non sono più funzionali alla coppia. Il lavoro iniziato con i due coniugi va verso una ridefinizione della coppia genitoriale che sta prendendo sempre più la direzione di una separazione. All'interno della terapia, si propone a Mario e Maria la possibilità di essere supportati in questo tipo di movimento. Lo spazio sarà comunque dedicato esclusivamente alla coppia al fine di aiutarla e sostenerla anche per quanto riguarda il processo di autonomizzazione del figlio Rocco. Dai colloqui effettuati emerge la considerazione sul ruolo del sintomo di Mario come mantenimento di situazioni familiari complesse. Quando il sintomo non è più acuto si rende necessario cambiare le dinamiche relazionali fino ad allora funzionanti e di strutturare dei rapporti nuovi. All'interno della coppia il miglioramento della situazione di Mario ha creato un disequilibrio che era strettamente basato sul sintomo. Maria giustificava i comportamenti del marito finché era un alcolista, ma una volta scomparso il sintomo ha realizzato di non voler trascorrere la sua vita al fianco di un uomo come lui. Mario, invece, fatica ancora ad agire un cambiamento significativo, sembra considerarsi ancora come figlio visto che le sue preoccupazioni sulla separazione riguardano il dispiacere che potrà subire sua madre. Maria, invece, ultimamente ha migliorato la sua condizione di vita: sembra che le sia successo qualcosa che l'ha portata a prendere in considerazione il prendersi cura di se stessa.

Il percorso individuale: Mario verso l'autonomia

Mario inizia a frequentare i gruppi degli al-

colisti anonimi e pare iniziare a prendere seriamente in considerazione di affrontare il suo problema con l'alcool. Sente di essersi sempre deresponsabilizzato come padre e si pente di aver perso l'infanzia dei figli. Appare determinato a riprendere in mano la sua vita, cercando di recuperare la relazione con i figli, coinvolgendosi maggiormente nella loro quotidianità: con Rocco, tentando di costruirla dal principio; con Silvia, provando a riaprire un dialogo. Mario fatica a sperimentarsi come figura paterna di supporto ai figli, visto che egli stesso non ne ha avuta una. Nei confronti della separazione l'uomo sembra essere convinto che sia la soluzione giusta per la coppia. Si mostra molto disponibile e curioso nell'affrontare da solo le piccole sfide quotidiane e a prendersi cura di se.

Nei colloqui individuali si lavora sullo sviluppo dell'autonomia personale di Mario, offrendogli un supporto per accompagnarlo verso la ridefinizione del ruolo paterno e di uomo.

TERAPIA FAMILIARE E TERAPIA INDIVIDUALE: INTEGRAZIONE SISTEMICA IN DIVENIRE

"... persone adulte, con un funzionamento adeguato, che richiedono un aiuto psicoterapeutico per un sintomo di area nevrotica, o per una più indefinita sofferenza personale e relazionale. Sono loro la stragrande maggioranza degli utenti della psicoterapia. Persone a cui si è sempre risposto con un trattamento puramente individuale (psicoanalitico, cognitivo, sistemico o di altra corrente della psicoterapia). Oggi, possiamo pensare di rompere questo tabù individualistico, per sperimentare come le risorse affettive di coniugi, genitori, fratelli possano consentire in tempi più rapidi un duraturo progresso nella qualità della vita" (Selvini, 2004).

Sono passati anni da quando nella ricerca

sulla terapia della famiglia presso il Centro Milanese di Terapia Familiare, si tracciava una separazione netta tra terapia della famiglia e terapia individuale e si optava per la prima ogniqualvolta era possibile. Nei casi in cui, per varie ragioni, diversi membri della famiglia si eclissavano o non manifestavano alcuna motivazione, si decideva eventualmente di occuparsi di una singola persona, che poteva essere quella che aveva fatto richiesta di terapia o, talvolta, quella identificata come paziente. Gli incontri del terapeuta con un solo cliente venivano comunque definiti colloqui di terapia familiare, rimanendo fedeli alla definizione tipologica iniziale, per evitare lo spostamento dell'etichetta di "paziente" dalla famiglia all'individuo (Boscolo e Bertrando, 1996).

Dopo questa fase di purismo degli anni Settanta, già negli anni Ottanta si cominciava a parlare di riscoperta dell'individuo (i numeri speciali della rivista *Terapia Familiare* del 1985 e del 1989) e di terapia individuale sistemica (Canevaro, Linfranchi, Peveri e Selvini, 2008). Partendo dalla terapia familiare e arrivando alla terapia individuale, il percorso evolutivo sistemico è tuttora in corso mediante il processo di integrazione dei due tipi di terapie. Come sostiene Canevaro (2008), stiamo andando verso uno scenario integrativo.

Presenteremo un caso esemplificativo di questa integrazione terapeutica, "immaginando" un futuro, neanche troppo lontano, nel quale essa entrerà a far parte della comune prassi psicoterapeutica.

Integrazione terapeutica e cambiamento: il caso di Carla

Carla è una ragazza di 15 anni, con sogni e paure come la maggior parte dei suoi coetanei. Frequenta il liceo linguistico (con ottimi risultati) e la lingua preferita è il cinese. La passione della sua vita (come lei stessa mi

riferisce, in più di un'occasione) è la danza. In specifico, la danza classica.

Carla arriva all'UONPIA di Cortemaggiore con una diagnosi di anoressia nervosa (già definita in altra sede). Dopo un primo incontro di conoscenza con la famiglia (composta da padre, madre – di 45 anni – e fratello, di 13 anni), il Terapeuta del Servizio decide di fare alcuni incontri di valutazione psico-diagnostica solo con C..

A seguito dei risultati emersi, lo psicologo opta per un intervento terapeutico su due livelli: familiare e individuale.

Quando le famiglie con adolescenti o giovani adulti arrivano in terapia, al di là del problema per cui richiedono aiuto (in questo caso, disturbo del comportamento alimentare), risulta un comune denominatore: *la comunicazione familiare disfunzionale* (Chianura, Chianura, Fuxa e Mazzoni, 2011). Se da un lato questo tipo di comunicazione crea incomprensione tra generazioni, dall'altro rappresenta un potenziale evolutivo per tutta la famiglia. Per crescere l'adolescente ha bisogno di far emergere la propria individualità e, quindi, un proprio linguaggio ed al contempo l'adulto deve cominciare ad elaborare il fisiologico e progressivo distacco dai figli che crescono e che prenderanno sempre più distanza dalla vita familiare, quantomeno da come fino a quel momento era stata intesa (Angelo, 1993).

L'adolescente si dibatte permanentemente in un asse che oscilla tra due grandi bisogni: il bisogno di appartenenza a un sistema familiare che gli ha dato la vita e il *bisogno di differenziazione*, dal sistema familiare stesso. In questo "oscillare", il compito evolutivo della famiglia sembra consistere nel non arroccarsi sul proprio sistema di valori e confrontarsi autenticamente con il nuovo, al fine di permettere ai figli di sintetizzare e simbolizzare nuovi

significati adattivi all'ambiente e garantire a tutti i membri della famiglia un migliore adattamento ai cambiamenti anche macrosociali (Chianura et al., 2011).

Con la presa in carico di Carla e della sua famiglia, si attua quello che Selvini definisce «terapia parallela» (Canevaro, 2010).

Attraverso le sedute di terapia familiare (condotte dal Terapeuta del Servizio), lo psicologo accompagna la famiglia, mediando e modulando, nella costruzione di una coscienza intersoggettiva (Stern, 2005) che permetta quell'alleanza propulsiva all'«apertura del cantiere per la costruzione del ponte» tra le generazioni.

Nella terapia individuale (da noi condotta), Carla diventa *protagonista del cambiamento di se stessa*. I principi di ipotizzazione, di circolarità e di neutralità, assieme alle domande circolari, sono fonte di ispirazione nelle sedute di terapia individuale, naturalmente con le dovute modifiche imposte dalla diversità del contesto (rispetto a quello della terapia familiare) (Selvini Palazzoli, Boscolo, Cecchin e Prata, 1980). Il terapeuta sistemico, anche nel contesto della terapia individuale, conserva l'identità di catalizzatore nel «vedersi» come l'allenatore (seguendo il concetto di Bowen, primo ad utilizzare questa definizione) che prepara il paziente a portare lui il cambiamento nella famiglia (Viaro, 1985).

I processi evolutivi familiari, in situazioni di particolare rigidità o laddove troppi «pesi del passato» non siano stati adeguatamente elaborati, possono esitare in drammatici blocchi evolutivi.

I genitori che richiedono aiuto dimostrano, per diversi motivi storici e/o socio-culturali, di non aver vissuto una vera e propria adolescenza (Chianura et al., 2011). Si ipotizza essere questo il caso dei genitori di Carla. Nel corso delle sedute familiari, raccontano

di un'adolescenza non vissuta, a causa delle responsabilità (soprattutto la mamma) e i messaggi impliciti passati alla figlia sono quelli del sacrificio e della privazione.

Durante gli incontri terapeutici, la famiglia si presenta come estremamente «compatta», unita e la percezione condivisa dai co-terapeuti e dall'équipe dietro lo specchio è quella di un muro intoccabile e insormontabile. In una seduta, Carla e la mamma scoppiano a piangere: i terapeuti sono forse riusciti a creare una breccia nel muro, una piccola apertura (Canevaro segnala come sia costruttivo far succedere qualcosa di «emotivamente importante» dentro la seduta). Ciononostante, incontro dopo incontro, la famiglia *sembra* «parare i colpi» terapeutici.

Contemporaneamente, con cadenza settimanale, vengono portati avanti gli incontri individuali con Carla. La diagnosi di anoressia nervosa si può ricollegare alla perdita di coordinazione, cioè di armonia, fra i vari tempi, che porta a sofferenza e «patologia». Trattasi di rallentamento o arresto del tempo evolutivo individuale (Boscolo e Bertrando, 1996). Alla prima seduta, Carla mi riferisce *di non sentirsi gli anni che ha* (quasi 15, all'epoca) *ma di sentirsi come una dodicenne*. In un successivo colloquio, mi spiega che *più che altro io non vorrei diventare grande*. Lo dico spesso a mia mamma .. lei dice che non si può fare diversamente e che anch'io crescerò. *L'idea di diventare grande un po' mi dà tristezza*. Il problema che ho in questo momento è che *penso di aver perso del tempo. Ho paura di aver perso del tempo .. quindi avere meno anni vuol dire poter avere più anni per recuperare il tempo perduto ed essere serena*».

Ricordiamo che la progressione della famiglia avviene attraverso fasi di passaggio da una tappa all'altra del ciclo vitale, che implicano l'attivazione di processi di riorganizzazione e

di ridefinizione delle relazioni interpersonali tra i membri della famiglia. Se questo non avviene, si parla di blocco del ciclo vitale, quando, ad esempio, "... ci si trova di fronte ad una sorta di arresto del tempo" (Bianciardi, 1989). Il blocco evolutivo di uno si trasforma nell'ancora che tiene tutti al riparo dall'inevitabile scorrere del tempo. Nel caso di Carla, il sintomo da lei manifestato rappresenta un'opportunità per tutta la famiglia di uscire da un presente congelato, di riattualizzare il passato, aggiungendo valenze trasformative (Chianura et al., 2011).

Dopo circa quattro mesi di «terapia parallela», il medico del Ser.T. che segue Carla dal punto di vista fisico, non notando miglioramento nel peso, previa consultazione in équipe, decide di far ricoverare la ragazza presso l'Ospedale di Piacenza, nel reparto che si occupa dei Disturbi del Comportamento Alimentare.

Superata l'iniziale fase di preoccupazione, Carla e la sua famiglia accettano di buon grado il percorso ospedaliero, durante il quale (un mese e mezzo) proseguono gli incontri individuali (in reparto), mentre la famiglia opta per l'interruzione della terapia familiare.

Nel corso delle sedute, Carla si rende attrice, prima inconsapevole e in seguito sempre più consapevole, di un cambiamento; nonostante la conclusione "forzata" degli incontri familiari, lo stesso cambiamento sembra "agire" anche nella famiglia.

Dopo l'uscita dall'ospedale, continuano regolarmente i colloqui individuali. Notiamo sempre più in Carla una "trasformazione", non solo a livello fisico (aumento di peso, aspetto esteriore "solare"), ma anche sul piano relazionale con coetanei e familiari. Racconta di sentirsi accolta nel gruppo classe e in quello di danza, di aver iniziato ad uscire con le amiche (è andata per la prima volta in discoteca!), di essersi accorta che forse era la sua "chiusura"

a rendere difficoltosi i rapporti con gli altri; in casa non è più nervosa, mangia volentieri di tutto, riesce a rilassarsi senza essere "ossessionata" dallo studio. In più di un'occasione, Carla riferisce, sorridendo divertita, che ha preso un voto basso a scuola ... ma che va bene comunque. La percezione che, ora, ha di se stessa davanti allo specchio sembra non essere distorta da pensieri ossessivi. Si accetta (o almeno cerca di accettarsi) per quella che è.

Il dialogo terapeutico è più scorrevole, maggiormente fluido e di primaria importanza è la centralità della relazione nel *qui-ed-ora* (Bianciardi, 2008), della relazione tra la terapeuta e Carla.

Torniamo ai genitori. Anche se la terapia familiare non ha avuto una continuazione, è possibile notare cambiamenti anche in loro. In che modo? Prima di tutto, in ciò che Carla riferisce del suo rapporto con loro. Durante gli incontri familiari, era emerso come nella famiglia fosse profondamente radicato il mito del sacrificio, mito trasmesso dai genitori ai figli. Ora, la situazione è leggermente cambiata. La famiglia, dopo la dimissione di Carla dall'ospedale, si è "concessa" una breve vacanza al mare (cosa inimmaginabile fino a pochi mesi prima!); quando ho conosciuto Carla, i genitori descrivevano il mondo intorno alla figlia come pericoloso, adesso la mamma l'accompagna ad acquistare abiti per uscire con le amiche (forse è un modo per la donna di "vivere" un'adolescenza mancata?).

Si ipotizza che, nonostante l'interruzione delle sedute, la terapia familiare abbia prodotto in un primo momento un'azione di decostruzione e, in un secondo momento, un'azione di costruzione di nuove dinamiche intrafamiliari. Attraverso la terapia, la famiglia si è riappropriata della propria storia, connotandola di nuovi significati funzionali. La possibilità

di tornare in contatto col proprio linguaggio “adolescente” rappresenta per i genitori un ponte per avvicinarsi alla figlia, partendo da esperienze, talvolta anche dolorose. In queste situazioni, Andolfi e Mascellani (2010) suggeriscono un intervento familiare e, solo successivamente, una terapia individuale per l'adolescente.

Attualmente le sedute individuali con Carla proseguono. Si sta, inoltre, pensando a un incontro con la famiglia, per restituire quanto emerso durante il percorso terapeutico e per ascoltare i “pensieri” e il vissuto emotivo dei genitori.

Dal confronto col Terapeuta del Servizio sul percorso terapeutico di Carla e familiari, emerge, come chiave di lettura, l'ipotesi che sia possibile identificare tre fasi:

- *Incontri sedute familiari* con funzione “di-struttiva” (della dimensione familiare in cui Carla è bambina .. con forte tensione).
- *Ospedale*. Fase innestata sui “colpi” precedenti. Separata Carla dalla famiglia, si tenta di costruire qualcosa di differente dalle dinamiche familiari alle quali la ragazza è abituata. Fattore di rilevante importanza è la presenza di figure adulte (medico, educatori) alternative alle figure genitoriali.
- *Post-ospedale*. Carla può essere anche un'altra ragazza .. con modalità diverse. Ha capito che può essere e fare una serie di cose che prima non poteva permettersi. Ha sperimentato la “normalità” senza l'ossessione della perfezione .. “sentendo” che questo non crea danni. Non deve per forza essere perfetta, anzi ... forse è meglio essere imperfetta.

Integrare e combinare tra loro i fattori terapeutici potenziali dei diversi setting è ancora rarissimo nella corrente pratica psicoterapeutica portata avanti da professionisti troppo le-

gati a setting terapeutici invariabili (Canevaro, 2010). Ciononostante, concludiamo il paragrafo sull'integrazione della terapia familiare e individuale sistemica, riportando un altro caso esemplificativo sul tema. Selvini (Canevaro, 2010) racconta di un paziente cinquantenne, una tipica figura di “artista maledetto”, con una storia di depressione maggiore, abuso di alcool e farmaci. Gestì autolesionisti, seri tentativi di suicidio. Che senso ha che questa persona abbia fatto un'analisi di sette anni e una seconda di diciotto anni, abbia subito ricoveri con cicli di elettrochoc, senza che nessuno specialista abbia mai visto una sola volta sua madre, con cui ha un rapporto drammaticamente negativo?!

A questa e ad altre domande sarà possibile rispondere solo procedendo su una strada ancora poco battuta, ma decisamente ricca di stimoli e innovazioni per il campo della psicoterapia.

CONCLUSIONI

Come abbiamo accennato nel primo paragrafo, l'idea di questo lavoro nasce dal tentativo di trovare risposte ad alcuni quesiti inerenti la terapia sistemica, in particolare se sia possibile, o meglio auspicabile, l'integrazione tra terapia familiare, di coppia e individuale. Abbiamo visto come inizialmente, negli anni '70, ispirandosi all'epistemologia cibernetica di Bateson (1972), la terapia d'elezione fosse quella familiare, trascurando il lavoro diretto con l'individuo considerato parte di un sistema e quindi imprescindibile da esso.

Negli anni Ottanta si è poi cominciato a parlare di *riscoperta dell'individuo* e di terapia individuale sistemica, sottolineando l'importanza e l'utilità di rendere più flessibili le convocazioni: individui, genitori, fratelli.

Nel corso degli anni, diversi autori hanno lavorato per rendere sistematica l'integrazione

tra la diagnosi sistemica e quella individuale. Selvini (2011) ha sottolineato come siano state fondamentali, nel suo percorso, sia le idee della teoria dell'attaccamento sia le esperienze della terapia del trauma, fondamentali cerniere tra il relazionale e l'individuale.

Nonostante i progressi nella ricerca di orientamento sistemico-relazionale nell'ambito della psicopatologia, spesso nella pratica clinica dei servizi competenti per la salute mentale si riscontra ancora un atteggiamento prudente verso la considerazione e il coinvolgimento della famiglia.

Va segnalato, inoltre, che le ricerche che hanno documentato l'efficacia della terapia sistemico-relazionale non sono così numerose come quelle divulgate a proposito di altre forme di psicoterapia, ma va anche sottolineato che quando esse sono state realizzate, la loro divulgazione non è stata sostenuta dalla comunità scientifica dei terapeuti che coinvolgono la coppia e la famiglia nel trattamento psicoterapeutico (Chianura et al., 2011). Va ricordato, in proposito, il lavoro di Alan Carr che ha condotto e pubblicato sul "Journal of Family Therapy", a partire dagli anni 2000, diverse meta-analisi sull'efficacia della terapia familiare e degli interventi sistemici sia per i problemi dell'infanzia e dell'adolescenza, che per quelli degli adulti (Carr, 2009). L'autore conclude che le meta-analisi hanno dimostrato che gli interventi sistemici sono efficaci per un ampio numero di problemi di salute mentale manifestati da bambini, adolescenti ed adulti, sottolineando anche che tali interventi hanno la caratteristica di essere brevi (in molti casi della durata non superiore alle 20 sedute) e possono essere praticati anche a livello ambulatoriale.

Non c'è dubbio che il coinvolgimento della famiglia nella pratica psicoterapeutica comporti competenze relazionali non comuni da

parte del clinico e questo è stato dimostrato da quanti hanno deciso di studiare l'alleanza terapeutica nella psicoterapia con la coppia e con la famiglia. È stato rilevato infatti quanto sia importante che il terapeuta riesca a sviluppare la condivisione degli obiettivi con ciascun partecipante, ma anche a stimolare la stessa condivisione fra i componenti della famiglia finché tutti arrivino a considerare l'intervento clinico come una risorsa condivisa e non come esperienza volta a far cambiare solo uno dei membri della famiglia (Canevaro et al., 2008).

In conclusione, possiamo sostenere di avere, almeno in parte, risposto alle domande iniziali. Terapia familiare, individuale e di coppia non necessariamente si escludono a vicenda, anzi, in alcuni casi (come abbiamo visto nei capitoli due e tre) l'intervento integrato è consigliabile; non solo possono esistere contemporaneamente ma, in taluni contesti terapeutici, devono agire in contemporanea.

È possibile, dunque, decidere a priori il percorso migliore, valutando in modo appropriato e approfondito ogni singola situazione, ipotizzando e, in seguito, stabilendo, anche attraverso un lavoro d'équipe, quale potrebbe essere la via terapeutica "migliore". Lavorare su diversi fronti può, quindi, essere un valore aggiunto alla terapia.

Infine, per rispondere alla domanda su come potesse essere percepito da parte del paziente un cambiamento di setting laddove non richiesto dallo stesso, possiamo dire che nei casi da noi presentati, i pazienti hanno accettato di buon grado le "modifiche in corso d'opera" e ne hanno tratto benefici a lungo termine.

Con il nostro lavoro abbiamo cercato di rispondere a domande che rimangono tuttora aperte in attesa di ulteriori risposte e apporti soprattutto in ambito clinico.

Bibliografia

- Andolfi, M., Mascellani, A. (2010). *Storie di adolescenza. Esperienze di terapia familiare*. Milano: Cortina. In Chianura, P., Chianura, L., Fuxa, E. e Mazzoni, S. (a cura di) (2011). *Manuale clinico di terapia familiare – Volume II: Le buone prassi nella terapia sistemico-relazionale*. Milano: Franco Angeli.
- Angelo, C. (1993). *Crisi adolescenziali: sincronismi evolutivi individuali e familiari*, in Bassoli, F., Mariotti, M. e Onnis, L. (a cura di), *L'adolescente e i suoi sistemi. L'adolescente nei rapporti con la famiglia, i coetanei, la scuola, la medicina, il contesto sociale ...*. Roma: Edizioni Kappa. In Chianura, P., Chianura, L., Fuxa, E. e Mazzoni, S. (a cura di) (2011). *Manuale clinico di terapia familiare – Volume II: Le buone prassi nella terapia sistemico-relazionale*. Milano: Franco Angeli.
- Barbetta, P., Benini, P. e Naclerio, R. (a cura di) (2003). *Diagnosi della diagnosi. Ricerca critico-interpretativa e categorie diagnostiche*. Milano: Ed. Angelo Guerini e Associati SpA.
- Bateson, G. (1972). *Verso un'ecologia della mente*. Milano: Adelphi.
- Bianciardi, M. (2008). *Centralità della relazione terapeutica in terapia sistemica individuale*. *Connessioni*, 20, 157-172.
- Bianciardi, M., D'Elia, A., Giovanelli, M., Petiva, P., Salza, B. e Soccorsi, S. (1989). *La costruzione del sistema terapeutico nel trattamento delle famiglie con paziente psicotico*. *Terapia familiare*, 30, 37-46. In Chianura, P., Chianura, L., Fuxa, E. e Mazzoni, S. (a cura di) (2011). *Manuale clinico di terapia familiare – Volume II: Le buone prassi nella terapia sistemico-relazionale*. Milano: Franco Angeli.
- Boscolo, L. e Bertrando, P. (1996). *Terapia sistemica individuale*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Canevaro, A. (2010). *Quando volano i Cormorani. Terapia individuale sistemica con il coinvolgimento dei familiari significativi*. Roma: Edizioni Borla.
- Canevaro, A., Linfranchi, F., Peveri, L. e Selvini, M. (2008). *La terapia individuale sistemica con il coinvolgimento dei familiari significativi*. *Psicobiettivo*, anno XXVIII, 1, 143-166.
- Carr, A. (2009). *The effectiveness of family therapy and systemic interventions for child-focused problems*. *Journal of family therapy*, 31, 3-45.
- Chianura, P., Chianura, L., Fuxa, E. e Mazzoni, S. (a cura di) (2011). *Manuale clinico di terapia familiare – Volume II: Le buone prassi nella terapia sistemico-relazionale*. Milano: Franco Angeli.
- Selvini, M. (2004). *Reinventare la psicoterapia*. Milano: Raffaello Cortina. In Canevaro, A. (2010). *Quando volano i Cormorani. Terapia individuale sistemica con il coinvolgimento dei familiari significativi*. Roma: Edizioni Borla.
- Selvini, M. (2011). *Impatto delle terapie del trauma e dell'EMDR sul modello sistemico familiare*. *Convegno Nazionale EMDR*.
- Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchini, G., e Prata, G. (1980). *Ipotizzazione, Circolarità, Neutralità: tre direttive per la conduzione della seduta*. *Terapia Familiare*, 7, 7-19.
- Stern, D. (2004). *The present moment in psychotherapy and in everyday life*, W. W. Norton and Company, New York (trad. it. 2005, *Il momento presente in psicoterapia e nella vita quotidiana*. Milano: Cortina). In Chianura, P., Chianura, L., Fuxa, E. e Mazzoni, S. (a cura di) (2011). *Manuale clinico di terapia familiare – Volume II: Le buone prassi nella terapia sistemico-relazionale*. Milano: Franco Angeli.
- Telfener, U. (2008). *Riflessioni sulla terapia individuale sistemica*. *Connessioni*, 20, 29-52.
- Viario, M. (1985). *Giochi interattivi familiari e terapia individuale*. *Terapia familiare*, 19, 85-93. In Canevaro, A. (2010). *Quando volano i Cormorani. Terapia individuale sistemica con il coinvolgimento dei familiari significativi*. Roma: Edizioni Borla.



Il doppio legame nella mente di chi lavora nelle relazioni di aiuto

Marina Morini*, Silvia Panella*

Sommario

Con questo elaborato si intende indagare quanto sia realmente conosciuto il concetto di Doppio Legame da chi svolge professioni d'aiuto e quali siano le emozioni più frequentemente percepite all'interno di contesti in cui si sperimenta un doppio vincolo.

Il percorso fatto per arrivare alla scrittura di questo articolo aveva anche l'obiettivo di mettere alla prova noi stesse, attraverso il confronto dei differenti punti di vista emersi durante il processo di ipotizzazione fatto sugli intervistati; tale confronto ci ha permesso di osservare quanto può cambiare il punto di vista individuale entrando in contatto con quello dell'altro e lavorando insieme. In questo senso, l'intervista diventa in parte un pretesto per conoscersi meglio e crescere individualmente.

Parole chiave:

Doppio legame, emozioni, ipotizzazione, punti di vista, confronto, crescita

Summary

The present study intends to investigate how much is really known the double bind concept in people that do helping professions and what are the emotions most frequently perceived in contexts in which the double bind occurs.

The route taken to get to the writing of this article also aimed to test ourselves through the comparison of the different point of views come about during the process of hypothesizing done to the interviewees; this comparison allowed us to observe how much the point of view of the individual can change by coming into contact with one another and working together. In this sense, the interview partly became an excuse to know each other better and grow individually.

Key words:

Double bind, emotions, hypothesizing, points of view, comparison, growth

*Allieva I anno IDIPSI

«Puoi dirmi da che parte devo andare?»

«Tutto dipende da dove vuoi arrivare» disse il Gatto.

«Non importa molto dove...» disse Alice.

«Allora non importa neanche che direzione prendi » disse il Gatto.

«...mi basta arrivare da qualche parte » soggiunse Alice a mo' di spiegazione.

«Beh, se cammini abbastanza » disse il Gatto « da qualche parte arrivi di sicuro.»

Questo non si poteva negare; così Alice provò con un'altra domanda. «Chi abita qui attorno?»

«Da quella parte» disse il Gatto agitando la zampa destra «abita un Cappellaio, e da quella» disse agitando la sinistra «una Lepre Marzolina. Vai pure da chi vuoi: sono tutti e due matti.»

«Ma io non voglio andare fra i matti» osservò Alice.

«Non hai molta scelta » disse il Gatto «qui siamo tutti matti. Sono matto io. Sei matta tu.»

«Come fai a dire che sono matta?» disse Alice.

«Devi esserlo » disse il Gatto « altrimenti non saresti venuta qui.»

Lewis Carroll "Alice nel paese delle meraviglie"

IL PROGETTO E LE SUE MOTIVAZIONI

Durante l'anno abbiamo trattato spesso il concetto di doppio legame leggendo anche diversi articoli che lo descrivono e ne analizzano gli effetti sulla comunicazione.

La cosa che ci ha stupito di più è che spesso il doppio legame non viene percepito da chi ne è al suo interno e in un dato momento lo sta vivendo, ma solo da un osservatore esterno; l'osservatore si trova però ad essere, a sua volta, all'interno del processo, portatore di un suo punto di vista e di sue ipotesi circa l'andamento di una data situazione. Alla luce di questo aspetto ci siamo poste alcune domande: le persone, riescono ad individuare un doppio legame? E noi siamo in grado, con i nostri pregiudizi, di prevedere ciò che gli intervistati risponderanno? La ricerca che abbiamo intrapreso vuole quindi essere un tentativo di verificare quanto persone che svolgono professioni di aiuto conoscano il concetto di doppio legame e quanto noi possiamo prevedere le loro risposte.

Il doppio vincolo è una condizione in cui ci siamo imbattuti tutti nel corso della nostra vita, a volte quasi quotidianamente, ma di cui spesso siamo ignari.

Quando siamo all'interno di un doppio vincolo difficilmente riusciamo ad esserne consapevoli tranne nel caso in cui sia qualcun' altro a farcelo notare.

Ma quanto è conosciuto e riconosciuto il concetto di doppio vincolo?

La nostra ricerca vorrebbe indagare questo aspetto oltre che tentare di capire come ci poniamo noi psicologi, quali e quanti possono essere i nostri pregiudizi di fronte ad un altro individuo.

LA COMUNICAZIONE PARADOSSALE

Watzlawick P., Beavin J.H., Jackson D.D. (1966) hanno dedicato molta attenzione all'analisi della comunicazione paradossale, dal momento che questo tipo di comunicazione ha da sempre affascinato la mente umana; una tale modalità di comunicazione infatti pervade l'interazione, influenza il nostro comportamento e la nostra salute mentale, ma sfida anche la nostra fede nella coerenza, e quindi nella fermezza ultima del nostro universo. Il paradosso viene definito come una contraddizione logica che deriva dalla deduzione corretta di premesse coerenti.

Possono essere distinti tre tipi di paradossi:

logico-matematici, semantici e pragmatici; noi tratteremo solo quelli pragmatici dal momento che il doppio vincolo rientra in questi. I paradossi pragmatici hanno, rispetto agli altri, maggiori implicazioni comportamentali e si distinguono dalla semplice contraddizione perché questa permette la possibilità di scelta come soluzione mentre nel paradosso tale scelta non risulta possibile.

I paradossi pragmatici vengono a loro volta distinti in: predizioni paradossali e ingiunzioni paradossali (doppi legami); noi, ai fini del nostro lavoro, analizzeremo solo i secondi.

I paradossi pragmatici, le ingiunzioni paradossali in particolare, sono in realtà ben più frequenti di quanto si sia disposti a credere. Non appena cominciamo a considerare il paradosso in contesti interattivi, il fenomeno cessa di essere soltanto un'occupazione affascinante del logico e del filosofo della scienza e diventa una faccenda di assoluta importanza pratica per la salute mentale dei comunicanti, siano essi individui, famiglie, società o nazioni.

IL FONDAMENTO LOGICO DEL DOPPIO LEGAME

Il concetto di doppio legame, come si legge nell'opera di Sluzki e Ransom (1976), fonda le sue radici nella teoria della comunicazione di Russel, definita da egli stesso, Teoria dei tipi logici. La tesi centrale di questa teoria consiste nel fatto che una classe non può essere un membro di se stessa, ne può, un membro della classe, essere la classe; classi e membri sono di tipo logico diverso.

Nella logica formale e nella matematica si cerca costantemente di mantenere questa discontinuità tra tipi logici diversi; nella comunicazione reale però questa discontinuità viene molto spesso e inevitabilmente, violata. Una violazione a questa discontinuità crea un paradosso e sottopone l'argomento in

discussione a un ragionamento a circolo vizioso che porta all'esaurirsi di ogni possibile argomentazione. Un individuo che si trova coinvolto in una simile modalità comunicativa, soprattutto se questa avviene secondo certi modelli formali, in un'interazione tra madre e figlio, manifesterà comportamenti patologici le cui caratteristiche formali possono essere classificate come schizofrenia.

Esempi di comunicazioni che coinvolgono più tipi logici sono:

- *L'uso di diverse modalità comunicative nella comunicazione umana*
- *Umorismo*
- *Falsificazione dei segnali metacomunicativi*
- *Apprendimento*
- *Livelli multipli di apprendimento e classificazione dei segnali secondo i tipi logici*

Lo schizofrenico mostrerebbe delle debolezze nella Funzione dell'Io, definita da Bateson come quel processo di discriminazione delle modalità comunicative sia interne, che tra sé e gli altri.

Nello specifico avrebbe difficoltà in tre aree di tale funzione:

- Difficoltà nell'assegnare la corretta modalità comunicativa ai messaggi ricevuti dagli altri;
- Difficoltà nell'assegnare la corretta modalità comunicativa ai messaggi, verbali e non-verbali, che egli stesso invia;
- Difficoltà nell'assegnare la corretta modalità comunicativa ai propri pensieri, sensazioni e percezioni.

Egli incontrerebbe quindi molte difficoltà nel trattare i segnali di quella classe i cui membri assegnano tipi logici ad altri segnali. La teoria dell'apprendimento si combina con la Teoria dei tipi logici per il fatto che gli esseri viventi si servono del contesto come guida per la discriminazione delle modalità comunicative.

Il soggetto schizofrenico deve vivere in un uni-

verso dove le successioni di eventi sono tali che le sue modalità comunicative non convenzionali risultano in qualche modo appropriate. Successioni di questo tipo nell'esperienza esterna dell'individuo schizofrenico sono responsabili dei conflitti interni nella classificazione dei tipi logici.

IL CONCETTO DI DOPPIO LEGAME

Nell'articolo "Verso una teoria della schizofrenia" (Bateson G., Jackson D.D., Haley J., Weakeland J., 1969) compare per la prima volta in forma scritta, il concetto di doppio legame teorizzato da Bateson e colleghi durante un progetto di ricerca da cui ebbe origine una teoria sistemica circa la natura, l'eziologia e la terapia della schizofrenia, come patologia causata da una modalità di comunicazione intra-familiare connotata dalla presenza del doppio legame stesso.

Gli elementi essenziali perché si realizzi un doppio vincolo sono:

- *Due o più persone.*

Di queste una viene indicata come la "vittima".

- *Ripetizione dell'esperienza.*

Il doppio legame deve essere un'esperienza ripetuta, questo implica che la struttura del doppio legame sia una modalità comunicativa abituale.

- *Un'ingiunzione primaria negativa.*

Questa può assumere una delle forme seguenti: a) "Non fare così o io ti punirò" oppure b) "Se non fai così io ti punirò". La punizione può consistere nel ritiro di amore e nell'espressione di odio o rabbia, oppure in quel tipo di abbandono che deriva dalla manifestazione di estrema impotenza del genitore.

- *Un'ingiunzione secondaria in conflitto con la prima a un livello più astratto, e, come la prima, sostenuta da punizioni o da segnali che minacciano la sopravvivenza.*

Viene solitamente comunicata con mezzi non verbali. Atteggiamenti, gesti, tono di voce, azioni significative e implicazioni nascoste nel commento verbale possono essere usate per trasmettere questo messaggio più astratto. Secondariamente questa ingiunzione può interferire con qualsiasi elemento della proibizione primaria. La verbalizzazione dell'ingiunzione secondaria può assumere varie forme; ad esempio: "Non considerare questo come una punizione", "Non pensare a ciò che non devi fare".

- *Una ingiunzione terziaria negativa che impedisce alla vittima di lasciare il campo.*

La vittima non può lasciare il campo perché la relazione riveste un ruolo importante per la sopravvivenza dell'individuo.

Sempre nello stesso articolo viene avanzata l'ipotesi che ogni volta che l'individuo si trova in una situazione di doppio vincolo la sua capacità di discriminazione fra tipi logici subisca un collasso. Le caratteristiche generali della situazione sono le seguenti:

1. L'individuo è coinvolto in un rapporto intenso in cui è per lui di vitale importanza saper distinguere con esattezza il genere di messaggio che gli viene comunicato in modo tale da poter rispondere in modo adeguato.
2. L'individuo è prigioniero di una situazione in cui la persona che partecipa al rapporto emette allo stesso tempo messaggi di due ordini, uno dei quali nega l'altro.
3. L'individuo è incapace di discriminare i messaggi che vengono emessi; non è in grado di produrre una metacomunicazione.

Viene avanzata l'ipotesi che questa situazione sia quella che si crea tra l'individuo pre-schizofrenico e la madre; tuttavia questa modalità comunicativa può essere presente anche nei rapporti normali.

Quando una persona si trova intrappolata in

una situazione di doppio vincolo, avrà reazioni difensive simili a quelle dello schizofrenico. La teoria del doppio legame riguarda le relazioni e soprattutto ciò che accade quando le relazioni fondamentali sono costantemente soggette a invalidazione attraverso un'interazione di tipo paradossale.

È difficile esemplificare concetti di questo tipo; i doppi legami sono così cementati nelle relazioni di cui sono parte che è difficile individuarli.

IL DOPPIO VINCOLO E L'APPRENDIMENTO: IL CASO DELLA FOCENA

La teoria del doppio vincolo riconosce l'importanza dell'esperienza nella determinazione o eziologia della schizofrenia e dei modelli comportamentali ad essa affini (ad es. il comico, l'artistico, il poetico). Bateson coniò il termine "Sindrome transcontestuale" per racchiudere in un unico vocabolo tutti quei comportamenti che hanno in comune il fatto che esperienze esterne possono essere proiettate all'interno dell'individuo e viceversa.

Quando un organismo sta mettendo in atto un cambiamento adattivo e vengono sollecitate, in modo da ottenere un cambiamento ulteriore, proprio quelle variabili che costituirebbero il cambiamento, si manifesta una richiesta contraddittoria all'organismo; a questi doppi vincoli solitamente seguono risposte che sono di un livello logico superiore.

Bateson studiò e descrisse, a tal proposito, il comportamento delle focene che ebbe modo di osservare presso l'Oceanic Institute delle Hawaii, come possibile esempio di superamento della sindrome transcontestuale.

Inizialmente la focena aveva appreso alcune semplici regole che aveva collegato in una struttura contestuale, tale struttura le permetteva di ricevere un rinforzo ogni volta che essa attuava un dato comportamento; in una

fase successiva, per ottenere sempre lo stesso rinforzo, la focena doveva attuare un altro comportamento e questo accadde per molte altre sessioni successive in cui la focena dovette produrre moduli comportamentali sempre nuovi per ottenere il rinforzo.

Tra la quattordicesima e la quindicesima sessione, la focena si mostrò molto agitata e durante la quindicesima prova, si esibì in un nuovo modulo comportamentale che comprendeva otto comportamenti, quattro dei quali erano del tutto nuovi, mai osservati in questa specie animale.

La focena aveva realizzato un movimento transcontestuale che le consentiva di attraversare i vari ambiti e di adattarsi alla situazione più ampia spostandosi a un livello più elevato, quello del *contesto dei contesti*.

Da questo esempio emergono due aspetti molto importanti propri di una sindrome transcontestuale: il primo è che un mammifero, posto in una condizione in cui sbaglia le regole che danno significato a un rapporto importate con un altro mammifero, sperimenta una grave sofferenza e un profondo disagio; in secondo luogo, se è in grado di respingere o resistere a questo stato patologico, questa esperienza nel suo complesso può favorire la creatività.

Un aspetto molto importante di questa esperienza della focena, sottolineato da Madonna (2010), è il fatto che durante l'esperimento vennero concessi all'animale molti pesci non meritati, in modo tale da dimostrare al mammifero che, nonostante le frustrazioni inflitte, era comunque amato dall'istruttore e quindi la relazione, ovvero come definito da Bateson, *il contesto del contesto* era preservato.

Fra il contesto più ampio (la relazione animale-addestratore) e il contesto più piccolo (ciascuna sessione) si crea quindi un contesto intermedio definito *contesto del contesto*;

questo è consentito dalla relazione stabile tra animale e addestratore; questo ancoraggio rappresenta la stabilità che permette il cambiamento, garantito dai pesci non meritati dall'animale. D' altra parte la ricompensa immeritata è resa possibile dall'importanza della relazione. L'errore relativo al contesto crea disagio e sofferenza ma rimane comunque tollerabile e affrontabile con una svolta creativa, fino a quando il contesto in gioco non è quello della relazione importante con un altro mammifero.

LA RICERCA

La ricerca che abbiamo svolto può essere suddivisa in quattro diverse fasi; per ognuna di queste abbiamo provato a sperimentarci e applicare parte delle nozioni apprese durante l'anno, confrontandoci costantemente rispetto alle criticità che emergevano durante lo svilupparsi del progetto.

La ricerca può essere suddivisa in 4 fasi:

Fase I: Creazione dell'intervista

Fase II: Ipotizzazione: individuazione dei presupposti su cui basare le ipotesi circa le possibili risposte degli intervistati. I presupposti sono stati individuati e scritti individualmente, senza comunicarli all'altra ricercatrice.

Fase III: Somministrazione delle video-interviste

Fase IV: Confronto: discussione e confronto circa i dati emersi in modo tale da evidenziare le criticità del lavoro svolto e arrivare ad una sua valutazione condivisa.

Fase I: Creazione dell'intervista

Per indagare quanto le persone conoscessero il concetto di doppio legame abbiamo deciso di utilizzare come strumento un'intervista. Essa ci avrebbe permesso di fare domande puntuali sulle quali avremmo potuto formulare delle ipotesi di risposta e confrontarle.

L'intervista creata era composta da 5 domande lineari che avevano obiettivi diversi: le prime due domande ("Conosci Bateson?" e "Conosci o hai mai sentito parlare del concetto di doppio legame o doppio vincolo?") erano volte a verificare la conoscenza pregressa della tematica indagata da parte dell'intervistato; a seguito delle prime due domande, veniva fornita all'intervistato una definizione di doppio legame volutamente breve e semplicistica, che aveva lo scopo di essere facilmente comprensibile anche a chi, tra gli intervistati, fosse privo di qualsiasi conoscenza circa concetti psicologici o filosofici (infatti non tutti gli intervistati avevano svolto un percorso di studi inerente la psicologia).

La scelta di dare una sola definizione, tra i tanti e diversi modi con cui è possibile descrivere il concetto di doppio vincolo, è stata la prima criticità riscontrata: il dover creare una definizione semplicistica, che sottendeva quindi un'interpretazione di ciò che è il doppio vincolo e l'impossibilità di trasmettere tutte le sfumature che tale concetto può contenere, tutte le sue possibili applicazioni e tutte le diverse accezioni in cui può presentarsi richiedeva da parte nostra una grossa presa di posizione.

La definizione che abbiamo comunque deciso di utilizzare era la seguente: "Il doppio legame è il nome che da Bateson quando in una comunicazione si verificano situazioni di incongruenza, ad esempio quando una persona dice qualche cosa di piacevole ma ha una faccia scoccia oppure quando qualcuno dice qualche cosa che è completamente fuori luogo rispetto al contesto!" ma ci è subito apparsa l'evidente riduttività di tale definizione rispetto a un concetto che dovrebbe essere trattato in modo molto più ampio.

Le ultime tre domande ("secondo te, se ti trovassi in una situazione in cui si verifica un

doppio legame, quali sarebbero le tue emozioni?” “mi puoi fare un esempio di una situazione in cui credi di esserti trovato in un doppio legame?” e “nella situazione che mi hai citato dove si trova il doppio legame?”) volevano sondare rispettivamente: le emozioni che suscita nell'interlocutore il concetto di doppio legame, la comprensione del concetto e la sua capacità di riconoscerlo in una situazione reale.

In particolare si è scelto di inserire come prima domanda quella riguardante le emozioni, in modo tale che esse non fossero contaminate dall'esperienza raccontata nella domanda successiva, mentre l'inserimento dell'ultima domanda doveva avere la funzione di indurre un cambiamento di livello rispetto a quella precedente, attraverso una metacomunicazione e un'analisi sull'esperienza riportata.

Si è scelto di video-registrare tutte le interviste in modo tale da poter cogliere anche gli indici paraverbali e di leggere di volta in volta le domande ad alta voce per ogni intervista.

Riportiamo di seguito l'intervista come veniva presentata:

1. Conosci Bateson?
2. Conosci o hai mai sentito parlare del concetto di doppio legame o doppio vincolo?
3. Secondo te, se ti trovassi in una situazione in cui si verifica un doppio legame, quali sarebbero le tue emozioni?
4. Mi puoi fare un esempio di una situazione in cui credi di esserti trovato in un doppio legame?
5. Nella situazione che mi hai citato dove si trova il doppio legame?

IL CAMPIONE

Abbiamo somministrato il questionario a un campione formato da 10 soggetti, quattro maschi e sei femmine, che operano professioni d'aiuto. Dei soggetti (5 conosciuti

dall'intervistatrice n1 e 5 dall'intervistatrice n2) ci siamo scambiate dei dati in modo da poter ipotizzare individualmente come ogni soggetto avrebbe risposto alle nostre domande.

Per farlo, abbiamo dovuto trovare un modello, uno schema che ci aiutasse a concentrarci sugli stessi elementi. I dati che ci siamo scambiati riguardavano l'età del soggetto, la nazionalità, la professione, da quanti anni, i soggetti in esame, svolgevano quella professione (quindi quanta esperienza avevano rispetto alla professione svolta) e il titolo di studio.

Alla base della scelta di queste categorie di dati c'era l'idea che esse rappresentassero le conoscenze minime che ci avrebbero permesso di farci un'idea circa il tipo di risposta che ci avrebbe fornito la persona intervistata. Abbiamo ritenuto molto importante conoscere il percorso di studi frequentato, dal momento che, secondo noi, poteva essere una valida discriminante rispetto alla conoscenza e comprensione del concetto oggetto dell'intervista.

I soggetti intervistati nello specifico erano: una oss, una psicoterapeuta di indirizzo dinamico, una maestra, una dietista, un infermiere, un'educatrice, uno psicologo specializzando ad indirizzo psicodinamico, un tirocinante in psicologia con una precedente laurea in farmacia, un insegnante di scuole medie in pensione con una successiva laurea in psicologia e uno psicologo specializzando ad indirizzo cognitivo-comportamentale. Gli intervistati sono tutti di nazionalità italiana tranne l'infermiere di nazionalità olandese. Le età dei soggetti coprono un range che va dai ventisei ai settantacinque anni.

Anche i percorsi di studi sono vari ma in linea con le diverse professionalità svolte (per ulteriori informazioni vedi tabella n1).

Fase II Ipotizzazione

A seguito della creazione dell'intervista e della reciproca comunicazione rispetto ai dati del campione, dovevamo ipotizzare ciò che i diversi soggetti avrebbero risposto alle nostre domande.

Con il termine ipotizzazione, facevamo riferimento in particolare a quel processo mediante il quale il terapeuta formula ipotesi fondate sulle informazioni in suo possesso (M.S. Pallazoli, L. Boscolo, G. Cecchin, G. Prata).

Per procedere in questo compito abbiamo quindi creato una tabella che potesse contenere le nostre ipotesi in modo tale da renderle condivisibili; abbiamo subito pensato che se non ci fossimo date delle categorie di osservazione condivise le nostre ipotesi avrebbero potuto vertere su elementi diversi e questo ci avrebbe reso impossibile sia il confronto che la verifica.

A monte della creazione della tabella c'era un primo pregiudizio di entrambe: le interviste sarebbero state tutte diverse.

La tabella creata conteneva cinque colonne che erano in connessione con le cinque domande dell'intervista. Nelle prime due colonne abbiamo provato ad immaginare, nell'ordine, se gli intervistati conoscevano Bateson o il concetto di doppio vincolo; nella terza colonna abbiamo ipotizzato quali potevano essere le emozioni più diffusamente provate dagli intervistati rispetto alla definizione data di doppio vincolo, elaborata ulteriormente da come loro l'avrebbero compresa; nella quarta colonna veniva invece indicato qual'era l'ambiente della descrizione di doppio vincolo vissuta dai soggetti e infine, l'ultima colonna, rappresentava l'ipotesi delle parole chiave (più frequentemente ripetute) che sarebbero emerse durante l'intervista.

In particolare si deve specificare che per quanto riguarda la colonna riferita all'ipotiz-

zazione delle emozioni provate, abbiamo utilizzato anche aggettivi non riconducibili a quanto indicato dalla teoria delle emozioni ma che vengono spesso utilizzate nella lingua comune per descrivere stati d'animo.

Silvia aveva ipotizzato che chi non conosceva Bateson non avrebbe nemmeno conosciuto il concetto di doppio vincolo e che solo l'oss, la dietista e l'infermiere non conoscevano il concetto.

Le emozioni definite da Silvia erano negative e passavano dalla rabbia al disorientamento, dal sentirsi presi in giro, all'orgoglio; il contesto delle descrizioni invece era definito come "esperienza personale" per sei degli intervistati; per due si ipotizzava che questo sarebbe stato legato all'esperienza clinica e soltanto in un caso all'esperienza professionale; nello specifico, trattandosi della maestra, al rapporto con i bambini.

Per quanto riguarda le parole chiave utilizzate nella descrizione Silvia ipotizzava che fossero molto collegate con la descrizione delle emozioni fatte in precedenza.

Marina, invece, ipotizzava come Silvia che probabilmente chi non conosceva Bateson non avrebbe conosciuto nemmeno il concetto di doppio vincolo ma riteneva che sarebbero stati quattro i soggetti che avrebbero risposto di "no": l'oss, la maestra, la dietista e l'infermiere. Marina inoltre riteneva che l'educatrice avrebbe saputo chi era Bateson, ma non sarebbe stata a conoscenza della teoria del doppio vincolo; per quanto riguarda le emozioni più diffusamente provate si attendeva che fossero rabbia, disagio, imbarazzo, fastidio e disorientamento; per quanto riguarda il luogo della descrizione dell'esperienza di doppio vincolo ipotizzava, invece, che sarebbe stato per cinque degli intervistati lavorativo, per tre familiare, per uno amicale e per la maestra, come già ipotizzato da Silvia, si

aspettava che il contesto fosse quello professionale, in particolare collegato alla relazione con o tra i bambini.

Le parole chiave anche per Marina erano, come per Silvia strettamente collegate con le emozioni ma anche con l'incomprensione.

Confrontando le nostre ipotesi si può notare che la parola più ipotizzata da entrambe era rabbia e, osservando più accuratamente le tabelle, è evidente anche che, nonostante si sia utilizzato una griglia in modo da standardizzare il più possibile le ipotesi, venivano utilizzate parole o formule verbali diverse per dire la stessa cosa (per ulteriori dettagli vedi appendice tabella n2 e tabella n3).

Fase III: Le interviste

Molti sono stati gli stimoli emersi dalle interviste ma abbiamo scelto di riassumerli attraverso una tabella che fosse uguale a quella utilizzata nel processo di ipotizzazione in modo da permette il confronto con i nostri pregiudizi.

In generale, le ipotesi sia di Silvia che Marina sono state confutate tranne quella riferita allo psicologo con precedente laurea in farmacia: esso ha descritto una situazione in ambito familiare in cui ha provato rabbia.

Alla prima domanda "conosci Bateson" le categorie di risposta sono state più variegata di quelle ipotizzate: Chi ha risposto "no" sono stati: l'oss, la maestra, la dietista, l'educatrice e l'infermiere, quindi più soggetti di quanto si era ipotizzato in precedenza e due soggetti hanno affermato di conoscere poco il concetto.

Il concetto di doppio legame viene conosciuto da cinque degli intervistati; la oss crede di avere una vaga idea circa tale concetto ma nel corso dell'intervista ne darà però un'interpretazione completamente errata, pensando sia una teoria sull'infedeltà coniugale.

Riassumendo possiamo quindi dire che il

concetto di doppio legame e Bateson, padre di tale concetto, sono conosciuti solo dagli psicologi.

Le emozioni descritte sono state: perplessità, rabbia, presa in giro, senso di imprigionamento, confusione, fastidio, grande sofferenza, scacco, frustrazione e sorpresa; solo la oss non è stata in grado di comunicare quale tipo di emozioni si possa provare in una simile circostanza dal momento che ritiene di non essersi mai trovata in un doppio legame, per lo stesso motivo non risponderà alle ultime due domande.

L'ambiente della descrizione riguarda il contesto lavorativo per tre degli intervistati, due descrivono rapporti personali, uno la propria vita affettiva e un altro la vita quotidiana.

Le parole chiave utilizzate sono: incoerenza, ambivalenza, non ascolto, legame d'affetto, messaggi, non spontaneo e incongruenza (per ulteriori dettagli vedi tabella n4).

La parola utilizzata con maggiore frequenza per descrivere le emozioni provate è stata rabbia, in linea con quanto ipotizzato.

CONCLUSIONI

Questa esperienza ci ha portato a fare alcune riflessioni su alcuni concetti importanti per il nostro lavoro che sintetizzeremo in 5 punti:

1. le difficoltà del mettersi in gioco
2. la comunicazione
3. la neutralità
4. la mappa non è il territorio
5. domande irrisolte

1- Le difficoltà del mettersi in gioco

Le difficoltà che abbiamo riscontrato nel fare le interviste sono state molto diverse per entrambe: Silvia, che ha rapporti informali con molti degli intervistati, ha sentito emergere, nel loro modo di rispondere, il timore del giudizio; Marina, che ha una conoscenza dei

suoi intervistati solo legata all'ambito professionale, ha invece dovuto confrontarsi con la frustrazione di dover accettare risposte non sempre corrette e pertinenti con l'argomento in esame. Le motivazioni dell'aver percepito difficoltà così diverse possono essere ricondotte anche alla differenza esistente tra i due gruppi di intervistati; se andiamo ad analizzare i due gruppi notiamo infatti che il campione di Silvia era composto per lo più da psicologi, per i quali, il dover ammettere di non conoscere Bateson e il concetto di doppio legame, poteva essere percepito come una minaccia alla loro professionalità; il campione di Marina era invece formato da diversi professionisti che potevano essere legittimati ad ignorare alcune nozioni anche se queste potevano essere comunque inerenti alla loro professione, un'eventuale imprecisione nella risposta fornita non metteva quindi in gioco la loro identità professionale.

In riferimento a quest'ultimo aspetto potrebbe essere interessante capire quanto, per una persona che svolge una professione d'aiuto, possa essere importante conoscere nozioni di psicologia e se la non conoscenza di queste nozioni, da parte di persone che svolgono questo tipo di professioni, sia da attribuire ad una mancanza di tali argomenti nei diversi percorsi di studio affrontati.

Infine durante lo svolgimento delle interviste abbiamo entrambe provato emozioni diverse: emozioni che abbiamo dovuto controllare in modo da rendere il contesto non giudicante, dal momento che, l'aspetto per noi più importante, era ottenere risposte che fossero il più spontanee possibile. Non sappiamo però quanto siamo effettivamente riuscite a controllare il nostro comportamento non verbale durante l'intervista, sarebbe stato utile a questo scopo filmare anche noi stesse per poter rilevare questo aspetto.

2- La comunicazione

Da questa breve intervista emerge chiaramente quanto possa essere difficile farsi comprendere e quanto questo possa diventare un nodo fondamentale, soprattutto quando ci si trova ad operare in ambito professionale, all'interno di un'equipe multidisciplinare. Le difficoltà comunicative riguardano due diversi aspetti (tralasciamo per ora tutto ciò che potrebbe influire sulla comunicazione e che potrebbe riguardare il contesto o possibili feedback retroattivi): il primo mette in gioco noi stessi, dal momento che porta a chiederci quanto riusciamo ad essere consapevoli di queste difficoltà e di conseguenza quanto siamo in grado di impegnarci in modo da essere compresi; l'altro aspetto fa riferimento a quanto il nostro ricevente, a sua volta, si sforzi per comprenderci.

In quanto psicologi è importante il nostro essere pronti a cogliere eventuali difficoltà di comprensione del ricevente in modo tale da reagire a queste tentando di cambiare il nostro modo di comunicare per trovare parole che possano essere condivise con i nostri interlocutori. Crediamo però che sia importante che anche i colleghi di altre professioni siano a loro volta disponibili a partecipare allo stesso processo di avvicinamento e condivisione dei diversi linguaggi nella co-costruzione di un linguaggio condiviso.

Spesso, a volte anche quotidianamente, ci troviamo a discutere con altre persone per arrivare a scoprire che anche se entrambi stiamo dicendo la stessa cosa, l'utilizzo di parole diverse o di modi di dire possono creare grossi fraintendimenti da cui risulta difficile uscirne incolumi. Noi crediamo che l'esercizio di porre attenzione al nostro modo di comunicare e al modo di comunicare altrui debba essere un esercizio quotidiano e trasversale a tutti gli ambiti; crediamo inoltre che il potere

non possa essere misurato attraverso l'imposizione di un proprio modo di comunicare.

3- neutralità

Per S.M. Palozzoli, L.Boscolo, G. Cecchin, G.Prata (1980) la neutralità nel processo terapeutico diventa un effetto pragmatico individuabile nell'insieme dei comportamenti del terapeuta durante la conduzione della seduta. L'atteggiamento del terapeuta dovrebbe essere tale da indurre ogni membro della famiglia a non scorgere nessuna alleanza tra un membro e il terapeuta stesso. L'intervista somministrata aveva poco a che vedere con una seduta di terapia ma ci esponeva comunque al rischio di connotare il contesto attraverso giudizi e interpretazioni inducendo possibili risposte negli intervistati.

La scelta arbitraria di utilizzare una data definizione di doppio legame, ad esempio, ha comportato che esso acquisisse una connotazione negativa; questo potrebbe aver influenzato gli intervistati dal momento che nessuno lo ha descritto utilizzando un sentimento positivo.

Un altro aspetto da tenere in considerazione è il pregiudizio dell'intervistato circa la figura professionale dello psicologo, questo potrebbe essere, anche solo attraverso la somministrazione di un'intervista, un elemento sufficiente per creare un contesto che connota in modo incisivo le risposte degli intervistati, che quindi, non possono essere considerate come del tutto spontanee e ci mettono in una posizione di per se giudicante nei confronti del nostro interlocutore anche nel caso in cui non fosse quello il nostro reale intento ma semplicemente perché questo è ciò che lui pensa.

4- La mappa non è il territorio.

Durante tutte le interviste, i soggetti, arrivati

all'ultima domanda (nella situazione che mi hai citato dove si trova il doppio legame?), che aveva la funzione di attivare una meta-comunicazione e un'analisi della situazione descritta in precedenza, riportavano in modo sintetico gli elementi dell'esperienza narrata nella domanda precedente e utilizzata come esempio di doppio vincolo; questo non aveva nulla a che vedere con un'analisi della situazione poiché non inseriva nessun elemento ulteriore rispetto a quanto già detto in precedenza, anzi, spesso, gli elementi venivano ridotti. Questo fatto ci porta a pensare che spesso riteniamo che l'analisi di una situazione possa coincidere con un "riassunto" della situazione stessa.

La differenza che c'è tra una situazione, la sua descrizione e ancora di più con la sua analisi può essere simile alla differenza che c'è tra mappa e territorio inteso, come descritto da Bateson nel libro *Verso un'ecologia della Mente*, come un modo di evidenziare differenze che però non è assolutamente sovrapponibile al reale. Bateson riprende, per esprimere questo concetto una frase di Korzybski "la mappa non è il territorio" ma da quanto emergerebbe dalle risposte alle ultime due domande dell'intervista sembrerebbe proprio il contrario (la mappa è il territorio); questo può indurci spesso a un errore logico fondamentale: trattare le due cose in modo analogo.

5- domande irrisolte

L'articolo non può e non vuole essere esaustivo ma è solo una sintesi e un'interpretazione di quanto emerso dalle interviste; sicuramente però, un aspetto importante di questo lavoro è il fatto di aver fatto nascere in noi molti spunti di riflessione, argomenti di confronto e soprattutto nuovi interrogativi, di cui ne riportiamo, di seguito, alcuni:

a- Cosa sarebbe accaduto se avessimo utilizzato un altro canale comunicativo come, ad esempio, quello visivo?

b- Cosa sarebbe successo se la stessa intervista fosse stata fatta ad altre categorie di persone?

c- Che risposte avremmo ottenuto se non avessimo dato una parziale definizione del concetto?

d- Come avrebbero risposto alle stesse domande i nostri colleghi Sistemici?

Molte di queste domande potrebbero forse

diventare il punto di partenza per un nuovo lavoro e un nuovo processo di ipotizzazione; del resto, come abbiamo appreso da Palazzoli, Boscolo, Cecchin, e Prata (1980) noi sappiamo che, attraverso le ipotesi “il terapeuta stabilisce il punto di partenza della propria investigazione effettuata con metodiche atte a verificarne la validità. Qualora l’ipotesi risulti errata, il terapeuta dovrà formularne rapidamente un’altra, suggeritagli dalle informazioni raccolte durante il lavoro di verifica dell’ipotesi precedente.”

APPENDICE

Professione	Genere	Età	Studi
Oss	F	43	Corso da Ota e Oss
Psicoterapeuta Dinamica	F	33	Laurea in Psicologia
Maestra	F	29	Scuola da maestra prima della riforma e Filosofia (non laureata)
Dietista	F	27	Laurea Dietistica e ostetrica
Educatrice	F	47	Laurea in Servizi sociali
Infermiere	M	42	Accademi d’arte e Infermieristica in Olanda
Psicologo Cognitivo comportamentale	M	27	Laurea in psicologia e iscrizione al primo anno di scuola cognitivo-comportamentale
Tirocinante post-lauream in psicologia	M	36	Laurea in psicologia, Laurea in Farmacia precedente a quella in psicologia
Psicologo Dinamico	M	26	Laurea triennale in filosofia e specialistica in psicologia. Maturità classica
Insegnante in pensione	F	75	Laureata in psicologia nel 2010 dopo il pensionamento, precedente Laurea in Lettere

Tabella 1 - Dati sintetici riferiti al campione

Professione	Conosce Bateson	Conosce il concetto di doppio legame?	Emozioni	Ambiente della descrizione	Parole chiave della descrizione
Oss	No	No	Irritazione	Esperienza personale	Confusione
Maestra	Si	Si	Orgoglio	Il gioco dei bambini	Gioco/fare finta di
Dietista	No	No	Sentirsi preso in giro/offeso	Esperienza personale	Falsità
Educatrice	Si	Si	Senso di imprigionamento	Esperienza lavorativa	Ambivalenza
Infermiere	No	No	Stupore	Esperienza personale legata agli studi artistici	Stupore
Professoressa in pensione	Si	Si	Dubbio	Esperienza personale	Chiarimento
Psicologo a indirizzo Dinamico	Si	Si	Inquietudine	Esperienza personale	Incongruenza
Educatore in una comunità per minori	Si	Si	Aggressività	Esperienza clinica	Contraddizione
Psicologo /Farmacista	Si	Si	Rabbia	Esperienza personale	Rabbia
Psicologa Psicoterapeuta a indirizzo dinamico con studio privato	Si	Si	Disorientamento	Lavorativo Clinico	Ambivalenza

Tabella 2 - Ipotesi di Silvia

Professione	Conosce Bateson	Conosce il concetto di doppio legame?	Emozioni	Ambiente della descrizione	Parole chiave della descrizione
Oss	No	No	Rabbia e fastidio	Famigliare	Incomprensione
Maestra	No	Ne ho sentito parlare	Disagio	Lavorativo nel rapporto con i bambini	Confusione e tensione
Dietista	No	No	Rabbia	Lavorativo	Non capiva
Educatrice	Si	Ne ho sentito parlare	Imbarazzo	Lavorativo	Non so come comportarmi
Infermiere	No	No	Disagio	Famigliare	Disagio
Professoressa in pensione	Si	Si	Fastidio	Lavorativo	Confusione e tensione
Psicologo a indirizzo Dinamico	Si	Si	Disorientamento	Amicale	Incomprensione, blocco
Educatore in una comunità per minori	Si	Si	Rabbia	Lavorativo	Incomunicabilità
Psicologo /Farmacista	Si	Si	Rabbia	Famigliare	Rabbia
Psicologa Psicoterapeuta a indirizzo dinamico con studio privato	Si	Si	Disorientamento	Lavorativo	Disorientamento incomprensione

Tabella 3 - *Ipotesi di Marina*

Professione	Conosce Bateson	Conosce il concetto di doppio legame?	Emozioni	Ambiente della descrizione	Parole chiave della descrizione
Oss	No	Si	Non so	/	/
Maestra	No	No	Perplexità, rabbia, presa in giro	Esperienza lavorativa	Incoerenza
Dietista	No	No	Dubbio, Sfiducia	Rapporti personali	Dubbio
Educatrice	No	No	Senso di imprigionamento	Esperienza lavorativa	Ambivalenza
Infermiere	No	No	Confusione, fastidio	Rapporti personali	Non ascolto
Professoressa in pensione	Si anche se non moltissimo	Si	Grande sofferenza	Esperienza personale	Legame di affetto
Psicologo a indirizzo Dinamico	Si poco	Si	Scacco	Vita quotidiana	Messaggi contraddittori
Educatore in una comunità per minori	Si	Si	Incomprensione	Vita quotidiana	Incoerenza
Psicologo /Farmacista	Si	Si	Frustrazione / Rabbia	Rapporti affettivi	Non spontaneo
Psicologa Psicoterapeuta a indirizzo dinamico con studio privato	Si	Si	Rabbia, sorpresa	Esperienza di lavoro	Incongruenza

Tabella 4 - Dati riassuntivi delle interviste

Bibliografia

- Bateson, G. (1972). *Verso un'ecologia della mente*. Milano: Adelphi,.
- Madonna, G. (2003). *La psicoterapia attraverso Bateson*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Palozzoli, S.M., Boscolo, L., Cecchin, G., Prata, G. (1980). *Ipotizzazione, Circolarità,*

Neutralità: tre direttive per la conduzione della seduta. "Terapia Familiare, n°7, pp. 7-19.

- Sluzki, C. E., Ransom, D. C., (1976). *Il doppio legame*. Roma: Astrolabio.
- Watzlawick, P., Beavin, J. H., Jackson, D. D. (1967). *Pragmatica della comunicazione umana*. Roma: Astrolabio.



Tracce di un sacro percorso

Emanuele Arletti*

Sommario

La psicosi (Bateson, 1991) è analoga all'arte, al sacro, all'umorismo: può rappresentare una sorta di fuga d'iniziazione verso la sanità, una soluzione agli enigmi inestricabili della confusione tra i livelli logici vissuti sulla propria pelle, contrapposta alla patologia comunicativa riscontrata nella vita quotidiana e, in particolare, all'interno della famiglia. La schizofrenia comporta una forma paradossale di comunicazione, che è la stessa dalla quale emergono la poesia, il comico, l'umorismo, l'arte, il sogno. Psicosi e schizofrenia (Blankenburg, 1998) possono essere riconducibili a tempi prolungati del distacco dalla realtà, al cambiamento della personalità-nel-mondo, alla perdita di un inquadramento meta-comunicativo e contestuale, alla perdita dell'evidenza naturale. John Perceval, (Bateson, 1961) nei due volumi del suo diario pubblicati originariamente nel 1838 e 1840 che raccontano la sua esperienza di ex-schizofrenico, anticipa la teoria del doppio legame, ponendo in rilievo il proprio esser parte attiva di un contesto comunicativo più ampio. Un contesto che includeva, insieme a lui e ai suoi familiari, la stessa istituzione medica che si proponeva di "guarirlo". Rispetto alla tematica della cura, Bateson (1991) rivendica l'esistenza di un'ecologia del sacro, che tende ad ampliare la domanda fornendo uno scheletro, un metodo, una struttura. Quando la relazione viene danneggiata, dal terapeuta si esige che comprenda la natura di tale danno: se il terapeuta cerca di riportare il paziente nel nostro mondo, si direziona verso l'idea di manipolazione orientata alla cura e rischia di proteggere o di incoraggiare la patologia di cui i sintomi fanno parte.

Parole chiave: Bateson, Blankenburg, cura, Dasein, doppio legame, evidenza naturale, John Perceval, psicosi, sacro, schizofrenia

Summary

Psychosis (Bateson, 1991) is similar to the art, to the sacred, to humor: may represent a sort of initiation to escape health, a solution to riddles of the inextricable confusion between logical levels lived on their skin, as opposed to communicative disease found in everyday life and, especially, within the family. Schizophrenia involves a paradoxical form of communication that is the same from which emerge the poetry, the comedian, humor, art, and dream. Psychosis and schizophrenia (Rome 1998) can be caused by prolonged periods of detachment from reality, personality change-in-world, the loss of a communicative meta-framework and contextual, the loss of the evidence. John Perceval, (Bateson, 1961) in the two volumes of his diary published originally in 1838 and 1840 recounting his experience of ex-schizophrenic, anticipates the theory of the double bond, with the right to be an active part of a broader communicative context. A context that included, along with him and his family, the same medical institution which aimed to "heal". With respect to the issue of care, Bateson (1991) asserts the existence of a sacred ecology, which tends to broaden the question by providing a skeleton, a method, a structure. When the relation-

ship is damaged, the therapist you require including the nature of such damage: if the therapist tries to bring the patient into our world, it directs towards the idea of care oriented and manipulation is likely to protect or encourage the disease whose symptoms are.

Key words: Bateson, Blankenburg, care, Dasein, double bind, evidence base, John Perceval, psychosis, sacred, schizophrenia

*Allievo 1 anno

Il manoscritto. Eccolo dunque in parole, preciso, e se leggi fra le righe non troverai nulla, perché questa è la disciplina che chiedo, né più né meno.

Non il mondo com'è, né come dovrebbe essere.

Solo la precisione, lo scheletro della verità,

non cerco l'emozione, non insinuo implicazioni

non evoco i fantasmi di vecchie credenze obliate.

Queste son cose da predicatori, da ipnotisti, terapeuti e missionari.

Essi verranno dopo di me e useranno quel po' che ho detto,

per tendere altre trappole a quanti non sanno sopportare

il solitario scheletro della verità.

[Bateson, 1989]

IL DOPPIO LEGAME

Nel 1956 il gruppo Bateson (Bateson G., Jackson D.D., Haley J., Weakland J.), presentò in un articolo alla comunità scientifica l'ipotesi del *doppio legame*: questa può essere considerata il vero punto di origine della concezione sistemica della schizofrenia e della famiglia. La teoria del *doppio legame* prevede la presenza nel contesto di alcuni elementi chiave: 1) due o più persone: una è la vittima e l'altra la persona che crea il legame 2) una ripetizione nel tempo dell'esperienza; 3) una modalità di comunicazione *digitale* che contraddice nettamente quella analogica e viceversa; 4) l'impossibilità per la *vittima* di abbandonare il campo, per l'importanza della relazione in gioco o per motivi contingenti. Dal momento in cui la vittima è condizionata dalla situazione di doppio vincolo, che plasma ormai per abitudine la sua percezione del mondo, non è più necessario

che sussistano contemporaneamente le condizioni indicate. Nel tempo la vittima non è più in grado di discriminare fra i tipi logici; Bateson riconosce questa situazione quando la vittima è coinvolta in un rapporto intenso (come quello madre-figlio) in cui si trova imprigionata ed è incapace di analizzare i messaggi che vengono emessi, tanto da non saper identificare il messaggio cui dover rispondere (in altre parole, non sa produrre un enunciato meta comunicativo). Tale situazione è quella che vive il paziente pre-schizofrenico con la madre. La psicosi (Bateson, 1991) è analoga all'arte, al sacro, all'umorismo: può rappresentare una sorta di fuga d'iniziazione verso la sanità, una soluzione agli enigmi inestricabili della confusione tra i livelli logici vissuti sulla propria pelle, contrapposta alla patologia comunicativa riscontrata nella vita quotidiana e, in particolare, all'interno della famiglia. La schizofrenia com-

porta una forma paradossale di comunicazione che è la stessa dalla quale emergono la poesia, il comico, l'umorismo, l'arte, il sogno. Essa possiede una propria logica, *la logica metaforica*, la quale sembra assurda poiché volutamente elimina i riferimenti ad un contesto, per non essere compresa. Bateson riconduce la psicosi ad una patologia relazionale e mostrando come la comunicazione distorta dello schizofrenico diventi enormemente più comprensibile se l'osservazione si sposta dalla "monade" (l'organismo con l'insieme dei suoi processi intrapsichici, dei suoi pensieri, delle sue intenzioni e delle sue emozioni soggettive) al sistema (contesto) con cui la monade interagisce. La teoria del doppio legame sfrutta quindi il complesso teorico degli studi sulla comunicazione per fornire una chiave esplicativa di disturbi classicamente legati a problemi "interni" all'individuo. La malattia mentale emergerebbe come "risposta" ad una situazione d'indecidibilità pragmatica legata alla paradosalità dell'ambiente cognitivo. Bateson (1956, p.251-252-25) paragona questa situazione a quella di un discepolo Zen che tramite i "koan" del suo maestro, tenta di raggiungere l'illuminazione: "A noi sembra che lo schizofrenico si trovi continuamente nella stessa situazione del discepolo; invece di raggiungere l'illuminazione, egli raggiunge piuttosto qualcosa di simile al disorientamento. La follia rappresenta la risposta "sana" ad un contesto "malato"; lo schizofrenico perde la sua capacità classificatoria e confonde il letterale con il metaforico, qualora si senta preso in un doppio vincolo". Il comportamento schizofrenico è allora il risultato di uno sforzo per far fronte a messaggi paradossali e a richieste impossibili.

IL SACRIFICIO DELLO SCHIZOFRENICO

La comunicazione è studiata da Bateson attraverso la teoria dei Tipi Logici di Russell e

Whitehead, che individuano una gerarchia di livelli comunicativi, in cui il livello meta comunicativo fornisce *l'inquadramento*, il contesto in cui interpretare il messaggio. L'inquadramento psicologico diventa una necessità per l'individuo, poiché la comunicazione si serve di segnali che possono essere utilizzati per simulare, negare, amplificare, ingannare; i messaggi non sono solo descrittivi, ma possono essere relativi a metafore, miti, scherzi, fantasie, menzogne. L'inquadramento psicologico serve, dunque, a delimitare una classe di messaggi, fornendo le premesse necessarie per interpretarli ed ha funzione inclusiva per certi messaggi ed esclusiva per altri. Per poter operare, la mente necessita di un inquadramento, di una cornice, che la informi su come devono essere intesi i messaggi, ad esempio se in senso letterale o metaforico, reale o fantastico, veritiero o simulato. Questo inquadramento è fornito dai messaggi meta comunicativi. La caratteristica centrale della schizofrenia si situa nell'incapacità di interpretare i messaggi dello stesso tipo logico del tipo "questo è un gioco", ossia i segnali che indicano di che genere è il messaggio. Lo schizofrenico si caratterizza per l'incapacità di comprendere il genere dei messaggi altrui, nonché quello dei propri messaggi, e delle proprie percezioni e sensazioni. Il doppio vincolo fa sì che la capacità di distinguere i tipi logici venga meno nello schizofrenico anche per i propri messaggi, cosicché essi assumeranno un carattere sempre più metaforico ed impersonale, apparentemente assurdo, ma in sé del tutto logico. A questo punto lo schizofrenico ha di fronte a sé tre alternative: potrebbe ritenere che ogni messaggio contenga un significato nascosto, pericoloso per il proprio benessere, può quindi diventare *paranoico*. Oppure potrebbe scegliere l'alternativa opposta e prendere alla lettera tutti i messaggi

che gli vengono rivolti, diverrebbe, in questo caso, *ebefrenico*. Infine potrebbe scegliere di ignorare i messaggi dell'ambiente, e fare il possibile per evitare una risposta da parte dello stesso, divenendo chiuso e silenzioso, assumerebbe così un atteggiamento *catatonico*. La schizofrenia, nelle diverse forme che assume, può, dunque, essere considerata un problema non individuale ma di gruppo. Nella famiglia la comunicazione svolge una funzione omeostatica volta al mantenimento della stabilità delle relazioni esistenti, necessaria per la sua sopravvivenza. Nel caso in cui tale equilibrio sia schizofrenico, la stabilità è mantenuta attraverso il "sacrificio" del componente più debole che assume su di sé tutta la follia. "Il paziente identificato si sacrifica per mantenere la sacra illusione che quanto dice il genitore ha senso" (Bateson, 1976, p.285-286). Attraverso la *schizofrenia manifesta* del figlio, i genitori riescono a mantenere un'apparenza di normalità che copre la loro *schizofrenia celata*, occultando i loro disturbi. Sono tre le caratteristiche formali di questo genere di famiglia: una madre che ha reazioni di ansia e di ostilità ogni volta ci sia la possibilità di un rapporto intimo ed affettuoso con il figlio; l'inaccettabilità per la madre di tali sentimenti di odio, che la porterà a negarli simulando affettuosità; l'assenza di una terza persona in grado di intervenire nei rapporti madre-figlio a favore di quest'ultimo. Questa situazione fa sì che la madre emetta due messaggi di ordine diverso (essendo il secondo un commento al primo), tra loro contraddittori: ostilità o ripiegamento quando il bambino si avvicina, affetto simulato quando il bambino reagisce al comportamento ostile della madre. Il problema della madre è quello di regolare la sua ansietà regolando la vicinanza e la distanza che la separano dal bambino. In altre parole, se la madre comincia a sentirsi affezionata e

vicina al figlio, comincia anche a sentirsi in pericolo, e deve ritrarsi da lui; ma ella non può accettare questo atto di ostilità e, per negarlo, deve simulare affetto e propensione per il bambino. Se il bambino vuole evitare una punizione della madre, deve prendere per vera la simulazione di affetto di quest'ultima, deve, quindi, distorcere le proprie percezioni per non discriminare i diversi ordini di messaggi. Il doppio vincolo consiste nell'essere punito per aver indovinato l'interpretazione. L'errore non risolve il problema, poiché se credesse alla simulazione, il bambino si avvicinerebbe alla madre, provocando la sua reazione ostile, che lo spingerebbe a ritirarsi. Se il bambino a sua volta si ritraesse, la madre prenderebbe questo allontanarsi come un'affermazione che lei non è una madre amorevole, e quindi o punirebbe il figlio per essersi allontanato o gli si accosterebbe per farlo tornare a sé; ma se a questo punto egli le si avvicinasse, ella reagirebbe respingendolo di nuovo. Il bambino dunque è punito se discrimina correttamente i messaggi della madre, ed è punito se li discrimina erroneamente: è preso in un doppio vincolo. In conclusione, per Bateson la schizofrenia è un problema di adattamento al modello di comunicazione patologico presente nel gruppo, quest'ultimo inteso come una relazione tra un insieme di persone condividenti certe premesse sul significato dei messaggi. La terapia deve mirare quindi ad un cambiamento dell'epistemologia, del modo di concepire la personalità-nel-mondo.

DOPPIO LEGAME E SCHIZOFRENIA NELL'OTTICA DI BLANKENBURG

Psicosi e schizofrenia possono essere riconducibili dunque, a tempi prolungati del distacco dalla realtà, a tempi prolungati della perdita di connessioni relazionali costruttivamente orientate, al cambiamento della personalità-

nel-mondo, alla perdita di un inquadramento meta-comunicativo e contestuale. Esaminando il distacco dalla realtà nell'ottica di Blankenburg (1998), occorre introdurre una nuova punteggiatura della realtà: la perdita dell'evidenza naturale, o, in altri termini, la perdita delle connessioni relazionali. Blankenburg si connette con l'approccio fenomenologico di Edmund Husserl (1859-1938), approccio condiviso nelle linee fondamentali e adottato nelle applicazioni pragmatiche. La fenomenologia nel senso di Husserl non si esaurisce mai in una semplice riproduzione dell'esperienza o del vissuto ma si dirige sempre al tempo stesso, in maniera consapevolmente metodica, verso l'individuazione di un'invariante eidetica e di una struttura trascendentale. In tal senso, per Husserl, esiste un'*invariante eidetica*, ossia un nucleo organizzatore, una struttura invariante, a cui si connette una *struttura trascendentale*, propria dell'essere in relazione in un dato tempo e in date condizioni, ovvero una struttura possibile in un dato momento di vita. Blankenburg è particolarmente attratto dalla problematica eidetica e dalla prospettiva trascendentale, intese come possibilità di risalire a strutture invarianti del mondo psicopatologico. Il tentativo di Blankenburg consiste nell'accogliere l'esperienza di un paziente in modo "diretto", nel suo manifestarsi, e di liberarla nella sua *struttura trascendentale*, dove "trascendentale" sta per condizioni della sua possibilità. Con il concetto di "organizzazione trascendentale" non si intende alcun costrutto di metafisica, bensì l'insieme delle condizioni di possibilità di una vita in un determinato momento. L'idea Husserliana che Blankenburg abbraccia, riguarda la valorizzazione delle mutazioni trasformative della persona nel corso del tempo, le metamorfosi legate alla storia, i delicati e cangianti processi adattativi connessi con la costituzio-

ne dell'intersoggettività. Nella prospettiva di Blankenburg molteplici sono i percorsi della psicopatologia fenomenologica, ma tutti orientati da un atteggiamento metodologico proteso a cogliere il nucleo esistenziale organizzatore (*l'eidos*) che rimane nei suoi significati strutturali stabile nel tempo e fedele a se stesso, al "proprio progetto di mondo" (il *telos*). Sotto questa luce la lezione fenomenologica di Blankenburg ci dice soprattutto che "ogni storia clinica va vista come un "testo" da ascoltare attraverso il fuoco di un'attenzione soprattutto protesa a cogliere tutto ciò che imprime un certo inconfondibile stile ad un'esistenza" (Muscatello e Scudellari, 1988). Blankenburg ritiene sia possibile accostarsi al disturbo fondamentale così concepito attraverso lo studio delle schizofrenie pauci-sintomatiche nelle quali l'essenza della modificazione basale schizofrenica può essere colta, perché non sommersa dalla lussureggiante produzione delirante allucinatoria delle forme paranoide. Il suo progetto è duplice: contribuire a illuminare e delucidare il radicamento e l'ancoraggio dell'essere umano nel mondo della vita costituito intersoggettivamente - nel senso di Husserl - e studiare la modificazione basale dell'essere schizofrenico. Dal punto di vista di Blankenburg occorre vedere la naturalità dell'evidenza naturale (il carattere sano dell'abitudine sana) nella costituzione intersoggettiva dell'evidenza e dell'autonomia e tutto ciò nella contemporaneità dell'esistenza situata, dell'essere-nel-mondo, del *dasein* (Heidegger, 1927). La perdita dell'evidenza naturale non è patologica di per sé, ma è un momento integrante nella totalità del *dasein*. Per quanto concerne il carattere patologico è decisiva la relazione dialettica tra evidenza, autonomia e costituzione intersoggettiva profondamente legati tra loro. La perdita dell'evidenza naturale è un'assenza del radica-

mento basale nel mondo dell'evidenza del "va da sé", dell'ovvietà del mondo che noi abbiamo naturalmente e che fa "difetto" nello schizofrenico. L'analisi di Blankenburg indaga il punto di vista nel rapporto con il mondo della temporalità della costituzione dell'io e della costituzione intersoggettiva, la vita psichica schizofrenica trasformata dalla perdita dell'evidenza naturale, dallo smarrirsi di una comprensione anonima e preconstituita per tutti che non ha bisogno di essere ogni volta fondata ma appartiene al tempo del "sempre già". Tutto ciò che è schizofrenia fa sì che ci imbattiamo in generale nell'alienazione. La perdita dell'evidenza naturale costituisce un momento stimolante in qualsiasi evoluzione normale della personalità; non significa tanto scioltezza del vivere, quanto la perdita di una relazione possibile con una realtà connessa con modalità costruttive per volgere invece a una necessaria relazione altra; è piuttosto la sproporzione tra evidenza e non evidenza a costituire ciò che sul piano clinico diagnostico abbiamo l'abitudine di classificare come quadri schizofrenici. La non evidenza non è meno costitutiva e fondante dell'evidenza per l'essere nel mondo umano, semplicemente lo è in maniera diversa; possiamo quindi considerarla come caratteristica delle modalità con cui qualcuno è e si situa nel mondo. Nella schizofrenia è presente un bisogno elementare di interrogarsi, un bisogno che origina dalla rottura nel rapporto fattuale con le cose quotidiane, con l'essere-umano nel mondo, rapporto la cui padronanza viene messa in dubbio e infine diventa addirittura impossibile. La maggior parte dei pazienti schizofrenici fa sforzi disperati per poter mantenere quel minimo di evidenze necessarie alla sopravvivenza nella realizzazione del Dasein. Per poter vivere l'esperienza dell'incontro con le cose e le persone, a differenza dei soggetti sani,

devono sempre, in primo luogo, produrre i presupposti del poter-incontrare. Una simile operazione trascendentale, che normalmente pertiene all'ambito della "genesì passiva", pre-conscia, comporta un enorme ed eccessivo dispendio di energia. La schizofrenia esprime spontaneamente, in maniera molto imprevista, una destrutturazione all'ancoraggio nel mondo della vita. Alla perdita dell'evidenza si contrappone così l'eccesso di un'evidenza di altro tipo, ma queste due situazioni sono correlate poiché entrambe riguardano lo stesso punto: la perdita di quella naturalità che determina ciò che è adeguato all'essere in situazione. Il soggetto "sano" comprende come agire in un contesto, in una situazione, proprio in virtù del contesto e della situazione stessa; un paziente psicotico si trova invece in una sospensione parziale del co-sentirsi situati. Nel contesto dell'alienazione schizofrenica, ci si trova in qualche modo al di fuori dal mondo comune della vita costruito intersoggettivamente: si tratta di un essere-al-di-fuori, di una dissoluzione parziale dell'essere-nel-mondo. Blankenburg, sulla strada della ricerca delle radici della schizofrenia, individua nell'autismo il fenomeno basale, la matrice strutturale di tale esperienza. Autismo e disturbo schizofrenico emergono come aspetti inseparabili dello stesso disturbo primario dell'intenzionalità. Questo disturbo sembra implicare una debolezza o insufficienza della funzione trascendentale e costitutiva nella quale la nostra vita è radicata. Da qui l'instabilità e le continue evanescenze basiliche che fondano il mondo della vita e quella inguaribile lacerazione del rapporto Io-Mondo che è l'autismo.

PERCEVAL:

STORIA DI UNO SCHIZOFRENICO

La costruzione intersoggettiva della schizofrenia e la perdita dell'evidenza naturale sot-

tolineati da Blankenburg e la teoria del doppio legame, potrebbero manifestarsi nell'esperienza di ex-schizofrenico riportata da John Perceval (Bateson, 1961) nei due volumi del suo diario pubblicati originariamente nel 1838 e 1840. Perceval afferma che, in quanto paziente, conosce benissimo la natura della propria malattia (più della gente comune o dei "lunatici dottori") e riconosce che all'interno della patologia si presentano delle "proprietà curative". Molti di quelli che vengono definiti sintomi della malattia, possono essere definiti come lo sforzo compiuto dal corpo per correggere qualche patologia più profonda. Non solo: si può concepire che il corpo e la mente contengano, in qualche forma, un tipo di saggezza che può creare quello sconvolgimento che condurrà forse a una successiva soluzione della patologia. Perceval anticipa la teoria del doppio legame, ponendo in rilievo il proprio esser parte attiva di un contesto comunicativo più ampio. Un contesto che includeva, insieme a lui e ai suoi familiari, la stessa istituzione medica che si proponeva di "guarirlo". L'intuizione più significativa cui Bateson perviene (Manghi, 2005) è sicuramente quella della necessità di una riforma delle modalità e degli approcci terapeutici alla patologia psichiatrica: per curare i sintomi di una psicosi è fondamentale cercare il significato prima di tutto all'interno della storia vissuta dal paziente. Bateson trovava che Perceval descrivesse la propria esperienza psicotica come una "cerimonia di auto guarigione". Durante il suo internamento, sottoposto ai trattamenti tipici del tempo (manette, bagni gelati, isolamento, camicia di forza), a un certo punto Perceval iniziò con rabbia crescente, scrive testualmente Bateson, "a rendersi conto di quale fosse la natura del sistema che lo circondava e lo controllava" (Bateson, 1961, p.15). I trattamenti dei medici gli apparivano arbitraria-

mente punitivi, analogamente ai rimproveri ricevuti dalle voci interiori nel corso del delirio. Veniva punito, racconta, per non saper assumere la voce che gli veniva prescritta, con le migliori intenzioni, dagli altri. Più in generale, egli si sentiva di continuo ignorato, punito, e insieme accusato di ingratitudine per non sapersi comportare secondo le aspettative preordinate di chi si stava occupando a vario titolo di lui: i familiari (in particolare il fratello maggiore, Spencer), le voci religiose, i medici. D'altra parte, comportandosi rigorosamente secondo quelle aspettative, egli veniva accusato di non farlo nel modo giusto; qualunque cosa facesse, dunque, sbagliava e questa risulta un' implicazione tipica, osserva Bateson, del doppio legame patogeno. Questa acuta percezione d'ingiustizia non l'avrebbe condotto verso la guarigione se egli non avesse percepito al contempo, dolorosamente, il proprio ruolo attivo nella vicenda comunicativa cui stava partecipando, ovvero la funzione di stabilizzatore che egli stesso era venuto via via assegnando a se stesso, in sintonia con le aspettative degli altri partecipanti al più vasto sistema sociale. Accettando l'etichetta di pazzo, e uniformando i suoi comportamenti alle aspettative di chi lo descriveva con quella parola, otteneva magicamente il risultato di rassicurare familiari, medici e voci interne; confermando loro le loro idee su se stessi e su di lui, egli otteneva, circolarmente, paradossalmente, di rassicurare se stesso. Si procurava la sensazione rassicurante di potersi fidare: di potersi affidare a persone competenti affettivamente (i familiari), scientificamente (i medici), moralmente (le voci, i familiari e i medici), e convergenti tra loro nell'intento di occuparsi di lui per aiutarlo a star meglio. Tutto questo, naturalmente, a costi crescenti, fino all'annichilimento. Perceval era vittima sacrificale, come è tipico delle famiglie con

schizofrenici: “In quasi tutte queste famiglie, è possibile riconoscere che l’individuo psicotico ha la funzione di rappresentare un necessario olocausto” (ibidem, p.20). Perceval asserisce che un paziente ne sa di più, sulla natura della follia, sia del pubblico in generale, sia dei medici dei folli; al contempo, però, i segreti di quei circuiti devono rimanere tali, non solo verso gli altri ma verso se stesso. Qualora avesse rivelato a medici e familiari che conosceva più cose di loro intorno al processo comunicativo di cui erano parte tutti insieme, avrebbe perduto il passo della sola “danza interattiva” rassicurante, e si sarebbe sentito ingrato, schiacciato dal senso di colpa. Non gli rimaneva dunque che avvitarsi sempre più nel circolo vizioso, affidarsi alla propria orgogliosa volontà di potenza, potremmo dire, ancorché a costi crescenti – la crescente impotenza. Più dubitava delle buone ragioni dei familiari, dei medici e delle voci, più sentiva di dover assumere su di sé, individualmente, la colpa di quei suoi stessi terribili dubbi. Scrive infatti: “Soccombetti a un errore abituale della mente, quello del timore di dubitare e di accettare la colpa del dubbio sulla mia coscienza” (ibidem, p. 62–63). Da un certo momento in poi, gli riuscì però a tollerare, senza venire schiacciato dal senso di colpa, il dubbio: il dubbio che familiari e medici fossero inadeguati e il dubbio, soprattutto, che le voci fossero contraddittorie e incoerenti. Nel primo stadio della psicosi le sue voci gli impongono il doppio vincolo: “Ero tormentato dai comandi di quello che immaginavo essere lo Spirito Santo, comandi che mi ingiungevano di dire altre cose, e ogni volta che ci provavo venivo fieramente rimbrottato perché usavo la mia voce e non una voce datami dagli spiriti”. In una fase successiva tuttavia le voci cambiano musica: “in seguito i miei spiriti iniziarono a cantarmi una canzone che è que-

sta: tu sei in manicomio se vuoi, se no sei in...; oppure quello è Samuel Hobbs se vuoi, se no è Hermanent Herbert (nomi di infermieri e medici)”. Le sue voci, cioè, diventarono terapeuti: “sono certo che queste cose sono molto frequenti ma quegli idioti dei terapeuti non se ne accorgono”. Via via che “il coraggio di mettere in dubbio le sue voci e i suoi deliri crebbe in lui con dolorosa lentezza” (ibidem, p. 11), Perceval si trovò a vivere una nuova condizione comunicativa, nella quale gli era divenuto tollerabile percepire il proprio concorso attivo (paradossale) nel mantenimento delle dinamiche sociali di cui era parte: non commise più l’“errore epistemologico” di confinare l’io nella sua pelle e la sua guarigione è la storia dell’apprendimento a correggere questo errore. Cominciò a non credere più letteralmente ai propri deliri, paradossalmente, proprio quando iniziò a credere che non fossero del tutto allucinatori, ma che contenessero una qualche verità, sebbene in forma caricaturale. Le proprie bizzarrie, i comportamenti ridicoli e contraddittori ai quali si sentiva costretto dall’obbedienza alle voci, ai familiari e ai medici, iniziarono ad apparirgli non più come errori, come tutti intorno a lui credevano e volevano che lui credesse, ma piuttosto come parodie veritiere di un errore molto comune: dimostrazioni per assurdo dell’errore consistente nel credere che la coscienza individuale sia dotata del “potere” di controllo unidirezionale. Errore alimentato circolarmente dal senso di colpa per non sentirsi mai sufficientemente dotato di quel “potere” e dalla rimozione di verità relazionali troppo dolorose per tutti i soggetti coinvolti. Per loro stessa natura, i suoi deliri contenevano, in forma invertita o nascosta, proprio quei dubbi che lui temeva di nutrire in forme più coscienti e saranno le ripetute esperienze dei deliri che lo faranno rinsavire. L’incubo doloroso nel quale

il paziente e i suoi familiari sono intrappolati, senza cessare di essere doloroso e allucinatorio, deve essere percepito per Bateson, anche come terapeutico, dotato cioè di una propria grammatica evolutiva, se davvero si intende agire per aiutare chi per quell'incubo soffre terribilmente. Un "incubo curativo" dove il sintomo non è mai solo difesa dal male, ma anche sempre attacco al male: occorre vedere il percorso della malattia come un tentativo estremo e sofisticato di autocura, attivato all'interno di un contesto comunicativo e sociale assurdo, generatore di comandi contraddittori, colpevolizzanti e umilianti, pervasi di doppi legami patogeni. Bateson: "Sembrirebbe che, una volta precipitato nella psicosi, il paziente debba seguire un percorso, un viaggio di scoperta che si conclude solo al momento del suo rientro nel mondo normale, al quale ritorna con un'idea delle cose diversa da quella degli abitanti del mondo normale, che non hanno mai intrapreso un tale viaggio. Una volta iniziato, un episodio schizofrenico sembrerebbe avere un percorso definito quanto quello di una cerimonia d'iniziazione – una morte e una rinascita – (ibidem, p. 16-17)". Perceval è insomma per Bateson allo stesso tempo la vittima e il cerimoniere di un rito sacrificale, di un rito iniziatico, che ovviamente può riuscire e non riuscire. Perceval, parlando dell'esternità dell'istituzione, descrive i suoi persecutori manicomiali come "uomini che si approfittano d'ogni affermazione violenta del paziente per allarmare i suoi parenti e tenerlo in una situazione da cui avrebbero dovuto in realtà con ogni mezzo liberarlo": secondo questa presupposizione, le istituzioni preposte alla cura risultano apparati di competenze e di figure professionali del tutto esterni ai contesti nei quali ha luogo l'insorgenza del sintomo. Nel racconto dell'istituzione, colui/colei che manifesta un

"bisogno"-utente, cliente, paziente, persona-bussa alla porta dell'istituzione, e questa entra in scena dall'esterno a riparare, correggere, guarire, contenere. Tale presunzione di esternità (non limitata ai professionisti, ma condivisa da pazienti, familiari, media e opinione pubblica) conduce a raffigurare la scena della diagnosi come un atto di descrizione asociale, acontestuale, "prosaicamente" oggettivo, anche se magari coadiuvato da "fiuto clinico" soggettivo, di una certa realtà. In chiave batesoniana, la diagnosi tende a scambiare la parte per il tutto, ovvero ad assolutizzare, isolandolo, un segmento parziale del più ampio processo sociale e interattivo. I doppi legami, e più in generale gli "oggetti" di ogni diagnosi, non sono entità reali date "là fuori" come tali, ma idee che hanno significato nella mente del terapeuta (Bateson, 1972, p. 316): sono idee-filtro attraverso le quali egli si procurerà attivamente una propria immagine di quel che accade "là fuori", attivamente immettendola nella più ampia "danza interattiva" che lo connette agli altri, i quali vi staranno immettendo a loro volta, non meno attivamente, le loro idee-filtro. In chiave batesoniana, l'intervento curativo è un processo nel corso del quale tutte le parti in gioco concorrono attivamente a determinare tutto quel che avverrà e a produrre, momento per momento, le risorse per la cura. È infatti attraverso il coordinamento ininterrotto di comportamenti, emozioni, saperi e significati differenti, che si vanno generando - e mai meramente "applicando" - le competenze che determineranno l'esito del processo. Comunque accadrà di valutare l'esito della cura, se soddisfacente o insoddisfacente, le competenze che avranno concorso a determinarlo non saranno mai state soltanto quelle di cui i vari soggetti a vario titolo coinvolti - professionisti, servizi, paziente, familiari e così via - disponevano prima

dell'incontro, ma sempre anche quelle che si saranno venute generando, appunto, momento per momento, nel corso dell'interazione comunicativa. Nel determinare l'esito del processo avranno inoltre fatto la loro parte anche gli errori, le incompetenze e le inadeguatezze di tutti i soggetti coinvolti: quelli dalla parte del "bisogno" come quelli dalla parte della "risposta". Nel male come nel bene, poiché nella "danza della cura" accade usualmente che le vie del paradiso siano lastricate di cattive intenzioni. Nel "caso" di Perceval, Bateson ipotizza che i medici abbiano contribuito alla sua guarigione più con la loro involontaria crudeltà (che spingeva Perceval ad arrabbiarsi e a dar credito così alla propria spontaneità e ai propri dubbi), che con le loro benintenzionate e volontarie azioni "curative". Il processo di cura, insomma, che lo si sappia o meno, è un processo di autocura, un processo non anzitutto tecnico-procedurale, evidence-based, ma anzitutto simbolico-interattivo, di making knowledge (Taylor & White, 2000), ovvero di co-costruzione di competenze curative.

LA CURA E L'ECOLOGIA DEL SACRO

Rispetto alla tematica della cura e in connessione con essa, occorre sottolineare come Bateson (1991), rivendichi l'esistenza di un'ecologia del sacro, la cui esperienza rientra nella dimensione dell'essere-in-relazione, per cui il singolo ed irriducibile punto di vista del soggetto non coinciderà mai con la totalità e non afferrerà mai la Verità del Tutto. Il sacro, per primo, è ecologico e con ciò non si cerca di dare una verità, ma di ampliare la domanda fornendo uno scheletro, un metodo, una struttura. La parola latina *Sacer*, da cui deriva la nostra, significa tanto santo e puro (da essere sacro) e tanto empio e impuro (da essere sacro): è come se ci fosse una

scala graduata in cui all'estremità di purezza abbiamo il sacro, nel mezzo la scala si abbassa verso il secolare, il normale, il quotidiano, infine all'altra estremità troviamo ancora la parola sacro applicata alle cose impure e orribili. Ma cosa accade nei processi mentali sociali e nelle relazioni umane quando si mette tutto insieme? Che cosa accade quando l'estremità pura è violata dal sacrilegio? Accadono disastri e danni, e ci sono molte cose che non capiamo a proposito dei danni che si accompagnano all'attacco contro il sacro e ancor meno ne sappiamo su come riparare tali danni: quando la relazione viene danneggiata, dal terapeuta si esige che comprenda la natura di tale danno e se il terapeuta cerca con il paziente di riportarlo nel nostro mondo, si direziona verso l'idea di manipolazione orientata alla cura. Il medico che si concentra sui sintomi rischia di proteggere o di incoraggiare la patologia di cui i sintomi fanno parte. Il problema è passare dalla considerazione della parte alla considerazione del tutto. In riferimento alla terapia e ad un'azione terapeutica che non comprende esclusivamente una finalità cosciente, possiamo domandarci: cosa sono l'estetica e il sacro? Cos'è la coscienza? Che relazione c'è tra essi? La coscienza è molto importante ma al tempo stesso infida, poiché compromette i nostri tentativi di giungere al sacro e all'estetica. La finalità di coscienza può diventare rapidamente distruttiva e la coscienza sarà sempre selettiva. Quando giungiamo al sacro e all'estetica, siamo nella ricerca dell'ampiezza e del tutto, mentre la coscienza tende a concentrarsi e dunque non può essere la guida principale. L'estetica può definirsi come uno sguardo unificante che ci rende consapevoli di quell'unità delle cose che non è la coscienza, è quel lampo che appare nella coscienza come un disturbo della coscienza. Il danno è la separazione, la

sacralità è l'unione. Il sacro è la connessione e non il prodotto della spaccatura. Per acquisire una maggiore armonia occorre guardare la nostra mano e iniziare a considerarla con attenzione come un aggregato di relazioni e non come un aggregato di oggetti; come l'artista, per il quale quello che dipinge non è una casa, un albero, un colle, ma una forma con quella forma, la mano potrebbe essere cinque dita oppure quattro relazioni tra le dita: questa prospettiva ha un effetto che implica curiosità. Il sacro può connettersi con la religione e con la psicoterapia.

Le religioni hanno attribuito agli dei mentalità di vario tipo, ma tutte con caratteristiche tratte da modelli umani; gli dei sono stati di volta in volta immaginati come vendicativi, amorevoli, capricciosi, tolleranti, pazienti, corruttibili, incorruttibili, maschili, femminili, erotici, attempati. Se dovessimo far coincidere e connettere una nuova religione e una nuova psicoterapia con le premesse della cibernetica e della teoria dei sistemi, cosa dovremmo aspettarci?

Questo vasto sistema organizzato avrà il libe-

ro arbitrio? Dio avrà il senso dell'umorismo? Potrà Dio ingannare, commettere errori, esprimere patologia? Sarà sensibile alla bellezza? Le grandi religioni storiche hanno dato risposte a queste domande senza fermarsi a riflettere sulla possibilità che esistano più risposte a queste domande, oppure hanno nascosto i problemi sotto una massa di dogmi e riti. Tali domande possono in effetti turbare la fede e quindi già bastano a definire un territorio dove gli angeli a ragione esiterebbero a posare il piede.

Comunque, data una qualsiasi religione o forma di psicoterapia derivante dalla cibernetica e dalla teoria dei sistemi, due cose appaiono chiare: primo che nel porre le domande non metteremo limiti all'*hybris*; secondo che, nell'accettare le risposte, ci condurremo sempre con umiltà.

Queste due caratteristiche ci porranno nell'atteggiamento estetico di non aver timore nel porre domande e non dimostrare scarsa umiltà nell'accettare le risposte. Esitiamo come gli angeli in una relazione sacra, ponendoci con umiltà e consapevolezza paziente.

Bibliografia

- Bateson, G. (1956). *Verso una teoria della schizofrenia*. In G. Bateson, *Verso un'ecologia della mente*. Milano: Adelphi Edizioni.
- Bateson G. (1961). *Perceval's narrative, a patient's account of his psychosis*. Stanford: University Press. [Trad. It: (a cura di) Bertrando P. (2005) *Perceval: un paziente narra la propria psicosi*. Torino: Bollati Boringhieri Editore].
- Bateson, G. (1972). *Steps to an ecology of mind*. San Francisco: Chandler Publishing Company. [Trad. It.: G. Longo & G. Trautteur (1976). *Verso un'ecologia della mente*. Milano: Adelphi Edizioni].
- Bateson, G., Bateson M.C. (1988). *Angels fear: towards an epistemology of sacred*. NY: Hampton Press. [Trad. It: G. Longo (1989). *Dove gli angeli esitano*. Milano: Adelphi Edizioni].
- Bateson, G. (1991). *A sacred unity: further step to an ecology of mind*. NY: Harper Collins Publishers [Trad. It: G. Longo (1997). *Una sacra unità. Altri passi verso un'ecologia della mente*. Milano: Adelphi Edizioni S.P.A].
- Bateson G., Jackson D.D., Haley J., Weakland J. (1956). *Toward a theory of schizophrenia*. *Behavioral Science*, 1, 251-264.
- Blankenburg W. (1998). *Der verlust der natürlichen Selbstverständlichkeit*. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag [Trad. It. F.M. Ferro & R.M. Salerno (1998). *La perdita dell'evidenza naturale: un contributo alla psicopatologia delle schizofrenie pauci-sintomatiche*. Milano: Raffaello Cortina Editore].
- Cancrini, L. (1977). *Verso una teoria della schizofrenia*. Torino: Boringhieri Ed.
- Franzini, E. (1991). *Fenomenologia: introduzione tematica al pensiero di Husserl*. Milano: Angeli
- Heidegger M. (1927). *Sein und zeit. Jahrbuch fur Philosophie und phanomenologische Forschung*, 8. [Trad. It. P. Chiodi (1969). *Essere e Tempo*. Torino: UTET].
- Manghi S. (2005). *Psicosi, famiglia, istituzioni: la riflessione di Gregory Bateson sullo schizofrenico John Perceval*. *Rivista Sperimentale di freniatria*, 3, p. 129-156.
- Muscatello C. F., Scudellari P. (1988). *Prognosi e destino. Comprensione narrativa e predittività negli eventi psicopatologici*. *Comprendere*, 8, 115-124.
- Taylor C., White S. (2000). *Practising reflexivity in health and welfare: making knowledge*. Buckingham: Open University Press [Trad. It. (2005). *Ragionare i casi: la pratica della riflessività nei servizi sociali e sanitari*. Trento: Erickson].
- Vecchi G. (1956). *L'estetica di Hegel*. Milano: Vita e Pensiero.
- Volpi F. (1997). *Guida a Heidegger*. Bari: Laterza Ed.

Approfondimento della teoria dei MOI nell'ambito degli attaccamenti traumatici

Chiara Castelli*, Romina Ceroni*

Sommario

Questo lavoro vuole essere un excursus teorico di alcune delle principali teorie dell'attaccamento, secondo la nostra lente: dalle Neuroscienze alla Teoria dell'Attaccamento di Bowlby, dal modello Pulsionale ai modelli Sistemici. La relazione di attaccamento tra bambino e caregiver, gli stili di attaccamento, il concetto di base sicura e di fiducia sono stati oggetto di numerosi studi, che hanno indagato i fattori protettivi e di rischio per lo sviluppo della persona che abbia vissuto esperienze positive o traumatiche nella propria infanzia. Partendo dall'analisi dei principali studi riguardanti la Teoria dell'Attaccamento, i MOI e i MOID, abbiamo approfondito le possibili risposte ad alcuni quesiti che sono alla base delle ricerche sull'Attaccamento e l'eventuale sviluppo di Psicopatologia in età adulta. Come si perviene alla strutturazione e al mantenimento degli stili di attaccamento? Cosa accade se i caregiver non riescono a soddisfare le esigenze dei loro bambini, come nel caso dell'abuso fisico, emotivo, trascuratezza e altre forme di maltrattamento? Quali effetti hanno sulla formazione dell'attaccamento nei bambini?

Parole chiave: MOI, MOID, Teoria dell'Attaccamento, Teoria della molteplicità del Sè, Teoria relazionale della mente, disturbi dissociativi, conoscenze relazionali implicite, intersoggettività, doppio legame

Summary

This work aims to be a theoretical excursus about some of the main theories of attachment, according to our lens: from Neuroscience to Bowlby's attachment theory, the drive model to the models Systemic. The attachment relationship between child and caregiver, attachment styles, the basic concept of safe and trust have been the subject of numerous studies that have investigated the risk and protective factors for the development of the person who has the most positive experiences or traumatic in its infancy. Based on the analysis of the main studies on the attachment theory, the MOI and MOID, we studied the possible answers to questions that are at the basis of the research on attachment and the possible development of psychopathology in adulthood. How do we reach to the structuring and maintenance of attachment styles? What happens if the caregiver fails to meet the needs of their children, as in the case of physical abuse, emotional neglect and other forms of ill-treatment? What effect on the formation of attachment in children?

Key words: MOI, MOID, Attachment Theory, Theory of the multiplicity of the self, Relational theory of mind, dissociative disorders, implicit relational knowledge, intersubjectivity, double bond

*Allievo 1 anno IDIPSI

PREMESSA

Le neuroscienze sembrano confermare come lo sviluppo del cervello umano sia enormemente influenzato dalla qualità delle interazioni sociali e dall'ambiente al quale è esposto. Queste scoperte gettano una base empirica alle intuizioni della Teoria dell'Attaccamento (Bowlby, 1969) che sottolinea la persistenza e l'influenza delle esperienze precoci sullo sviluppo dell'individuo. Inoltre, recenti ricerche sulle competenze cognitive e sociali precoci hanno evidenziato, in modo articolato e differenziato, la presenza nel neonato di un ampio repertorio comportamentale che lo rende idoneo ad interagire in modo costruttivo con il proprio ambiente, tanto da smentire l'immagine di un neonato proteso verso uno stato di quiete e passivo. Fin dalle prime settimane di vita, il bambino, con i mezzi a sua disposizione, non solo influenza la vita degli adulti ma è ad essi strettamente coordinato. Fin dalla nascita può identificare il luogo di una sorgente odorosa e distinguere alcuni aromi e al sesto giorno può riconoscere l'odore della propria madre. Allo stesso modo, sin dalla nascita è sensibile al gusto, tanto da distinguere tra sapori salati e dolci, amari e caldi, manifestare la propria preferenza per quelli dolci. Si può affermare in modo specifico l'esistenza di una predisposizione a ricevere e a elaborare le informazioni che provengono dall'ambiente in modo non indiscriminato, tale da consentire una intensa e immediata risposta soprattutto a stimoli associati ad altri esseri umani: in particolare i volti e le voci umane. Gli apparati sensoriali del neonato sono organizzati in modo da attrarlo verso l'oggetto sociale. È ampiamente documentata la sua preferenza innata verso il volto umano, in quanto provvisto delle principali caratteristiche percettive (tridimensionalità, contorno, movimento, complessità) atte a stimolare la sua attenzione. Anche

l'apparato uditivo risulta, alla nascita, particolarmente sensibile alla voce umana piuttosto che a suoni non umani. La voce materna, in particolare, raggiunge il neonato già nella vita intrauterina ed è preferita ad altre voci femminili fin dalle prime ore di vita.

STILI DI ATTACCAMENTO E COMPETENZE METACOGNITIVE E SOCIALI NEI BAMBINI

Nella premessa abbiamo enucleato la descrizione di un insieme di capacità e di competenze che il bambino acquisisce nei primi anni del suo sviluppo, introducendo, in modo sintetico, la funzione fondamentale del rapporto con l'adulto. Non possiamo dimenticare che le relazioni sociali e i modelli mentali del bambino si organizzano a partire dalle prime esperienze affettive con le figure di accudimento e, in particolare, con la madre. In tal senso, la ben nota teoria dell'attaccamento sottolinea come questo legame si costruisca a partire dalla soddisfazione di un bisogno primario di contatto, di vicinanza fisica ed emotiva con la figura responsiva.

Secondo la teoria psicoanalitica classica (Freud, 1905) il bambino sviluppa un legame di attaccamento con la madre in quanto essa gratifica i suoi bisogni fisiologici. La psicoanalisi concepisce la motivazione sociale come pulsione secondaria derivata dalla gratificazione delle pulsioni primarie. Tale modello pulsionale viene abbandonato da Bowlby a favore di un modello relazionale. Bowlby concettualizza e spiega in modo nuovo il legame madre-bambino attraverso la teoria dell'attaccamento. Il bambino non si legherebbe ad una persona perché questa gratifica la sua pulsione orale, ma per un bisogno primario, a base genetica, di vicinanza fisica ed emotiva (Bowlby, 1969).

Questa posizione viene supportata efficace-

mente anche dalle ricerche di Harlow nel 1958 sui piccoli di scimmia Rhesus precocemente separate dalle proprie madri. Questi piccoli dimostravano una chiara preferenza per le madri-fantoccio, morbide ed accoglienti anche prive di nutrimento piuttosto che per le madri-biberon appaganti ma dure e fredde. Si delineano, così, precocemente stili diversi di relazione, fonte di maggiore o minore appagamento emotivo e che favoriscono, nel bambino, legami di attaccamento di qualità diversa. È dunque la rispondenza emotiva che si crea tra adulto e bambino l'aspetto che sembra maggiormente condizionare la qualità della vita futura e l'instaurarsi delle relazioni amicali e sentimentali.

I MODELLI OPERATIVI INTERNI

Come si perviene alla strutturazione e al mantenimento degli stili di attaccamento? Attraverso i primi scambi con le figure di attaccamento significative, l'individuo forma dei *modelli operativi* interni sempre più complessi sia delle figure affettive che di se stesso (Bowlby, 1973). Saranno queste rappresentazioni interne, questi *working model* a indirizzare poi l'individuo nell'interpretazione delle informazioni che provengono dal mondo esterno e a guidare il suo comportamento nelle situazioni nuove. Se il bambino ha sperimentato esperienze precoci con una figura di accudimento pronta ad offrire aiuto e conforto, costruirà un modello del Sé come di persona degna di amore e conforto, e una rappresentazione interna degli altri come di persone pronte ad aiutarlo in caso di necessità. Al contrario, là dove la figura di attaccamento non sia stata sufficientemente responsiva, ma rifiutante, il bambino formerà un modello mentale del Sé come di un individuo non degno di essere amato e confortato, e un modello della figura di attaccamento come di persona da cui non

aspettarsi niente. Tali aspettative verranno poi estese a tutte le figure affettive che si incontreranno nel corso della vita e determineranno i comportamenti indirizzati a esse (Attili, 1995).

Gli studi più recenti sottolineano come la qualità delle cure genitoriali e, in particolar modo, la sensibilità del caregiver, influenzi anche la capacità del bambino di attribuire stati mentali a se stessi e agli altri. Ed è proprio collegandosi a tale concetto di sensibilità che alcuni autori hanno cercato di individuare le possibili interconnessioni tra sicurezza nell'attaccamento e sviluppo delle capacità meta cognitive e sociali.

Ne consegue che individui con attaccamento insicuro elaborano le informazioni in modo pregiudiziale, escludendo dall'elaborazione le informazioni che potrebbero far attivare il sistema di attaccamento, poiché si aspettano, in base alle loro prime esperienze, di non poter essere confortati.

LA FORMAZIONE DELL'ATTACCOMENTO NEI BAMBINI MALTRATTATI DAI GENITORI

La funzione di base dell'attaccamento riguarda la protezione che i bambini piccoli richiedono ai loro caregiver, quando sono ancora in una condizione di relativa impotenza e dipendenza. Ma che cosa accade se i caregiver non riescono a soddisfare le loro esigenze, come nel caso dell'abuso fisico, dell'abuso emotivo, della trascuratezza e di altre forme di maltrattamento? Quali effetti sortiscono sulla formazione dell'attaccamento nei bambini?

Numerosi studi hanno esaminato questi bambini e hanno valutato la loro capacità di costruire relazioni, sia nella prima infanzia, sia negli anni successivi. Non sorprende scoprire che i bambini con una storia di maltrattamento mostrino chiaramente pattern relazionali

disturbati, che sono evidenti sin dall'inizio e tendono a persistere nel tempo. Valutati nella Strange Situation (Ainsworth, 1978), i bambini maltrattati messi a confronto con altri bambini hanno minori probabilità di essere classificati sicuri nelle loro relazioni di attaccamento; in maggioranza vengono inseriti nella categoria Disorganizzato. È questo forse il più preoccupante tra le varie categorie dell'attaccamento insicuro, perché evidenzia un modo altamente disturbato di rapportarsi con i caregiver. Questi bambini non sembrano aver sviluppato una strategia coerente di relazione, perché mostrano di cercare la vicinanza con il genitore e un attimo dopo la evitano e la rifiutano, dando segni di paura, confusione e mancanza di emozioni positive.

MODELLI OPERATIVI INTERNI DISSOCIATI

Le relazioni di attaccamento possono favorire lo sviluppo di processi adeguati alla regolazione degli stati affettivi del bambino oppure, come accade nell'attaccamento traumatico, disconoscere le sue necessità di regolazione. Nel secondo caso le esperienze evolutive potrebbero costituire strutture che custodiscono la memoria di questi fallimenti e prendono il nome di Modelli Operativi Interni Dissociati. Il concetto di MOID è molto complesso ed è stato definito ed approfondito negli ultimi anni da Albasi (2006).

Il concetto di MOID è stato sviluppato a partire dall'elaborazione di alcuni studi di Bowlby sulle conseguenze dissociative delle relazioni di attaccamento con figure genitoriali traumatizzanti.

Al concetto di Modelli Operativi Interni è stata aggiunta la qualifica di "Dissociati" mutuata dalla tradizione psicoanalitica relazionale (Mitchell, 2000) a partire dalle intuizioni di Ferenczi (1932) e Sullivan (1953) e dagli studi

di alcuni autori della Psicoanalisi Relazionale contemporanea (Aron, Bromberg, Lachman, Pizer, D.B. Stern, ecc.).

I MOID funzionano a livello procedurale della mente come conoscenze relazionali implicite che rimangono inconscie. Impediscono il riconoscimento intersoggettivo e quindi non permettono alla persona di essere un propositore attivo di scambi relazionali. Secondo il concetto di MOID alcuni stati della mente possono permanere non disponibili all'interno delle transazioni interpersonali attuali se essi non hanno ricevuto la necessaria convalidazione-significazione attraverso il processo di riconoscimento nella relazione con il caregiver durante lo sviluppo (Albasi, 2006).

Numerosi autori della Psicoanalisi Relazionale ed Interpersonale hanno studiato e approfondito i concetti di dissociazione, stili di attaccamento, vissuti a livello conscio/ inconscio, relazioni ed esperienze traumatiche associate ai caregiver, tutte variabili riconducibili al concetto di MOID.

Secondo la teoria dell'attaccamento di Bowlby i MOID si costituiscono come risposte a traumi legati alle figure di attaccamento (Bowlby, 1973).

Il concetto di MOID è molto complesso e viene definito anche come insieme di processi e paradossi.

Main ed Hesse (1992) parlano di "*paradosso degli attaccamenti traumatici*" e affermano:

"Una figura di attaccamento che suscita paura pone al bambino un paradosso che non può risolvere a livello comportamentale, in quanto dovrebbe fuggire dalla figura di attaccamento perché fonte di pericolo e contemporaneamente avvicinarla come rifugio sicuro."

Gli autori quindi ipotizzano che la risposta dissociativa possa essere la soluzione che la mente elabora per fronteggiare quest'esperienza (Main ed Hesse, 1992).

Il paradosso costituisce parte del processo vivente stesso e delle esperienze umane fondamentali come la nascita, la morte, l'amore ecc. (Sander, 2002); la soggettività è divisa tra il paradosso dell'individualità (autonomia e autoregolazione) e della relazionalità (dipendenza, regolazione interattiva e molteplicità del Sé). Chi è cresciuto sviluppando attaccamenti traumatici, legati quindi a traumi come abusi o violenze domestiche perpetrati dalle figure adulte che dovrebbero dare cura e sicurezza dell'attaccamento, potrebbe vivere al proprio interno paradossi insanabili.

Pizer (1998) afferma che la negoziazione dei conflitti e la negoziazione dei paradossi sono processi differenti. La tolleranza del paradosso è una conquista evolutiva che determina la capacità di stare nella molteplicità delle esperienze, preservando un senso di integrità personale nel tempo.

Il paradosso risiede nella molteplicità dei nuclei del Sé, dove nuclei che coesistono simultaneamente si contraddicono o si negano reciprocamente. Il tentativo di integrare e negoziare paradossi intollerabili può favorire la formazione di MOID per difendersi dalla confusione psichica (Pizer, 1998).

Il paradosso è qualcosa che è contemporaneamente all'interno della mente ma si manifesta nelle interazioni, che crea disconnessioni ma contemporaneamente permette il senso di coerenza nella coscienza. È legato all'esperienza del vuoto e della mortificazione ma spinge a cercare ambiti dissociati di senso di vitalità. I pazienti possono presentarsi come persone adulte e responsabili nel lavoro ma incapaci di avere relazioni sentimentali soddisfacenti e costruttive (Albasi, 2006).

Il concetto di dissociazione viene utilizzato da molti autori della Psicoanalisi Relazionale per parlare di processi che contribuiscono ad articolare la struttura della soggettività nelle

sue specifiche, uniche e individuali modalità di costruzione del significato dell'esperienza personale.

I processi dissociativi sono considerati come funzioni costitutive della molteplicità della mente umana, che possono essere utilizzati per far fronte a situazioni traumatiche e variamente patologiche.

Nella nostra società l'esperienza di molteplicità è dettata dai contesti e dai ruoli diversi che nelle diverse relazioni interpersonali devono essere assunti. Le persone si sentono un po' diverse, anche se sono sempre le stesse, quando sono ad esempio in famiglia o quando sono sul posto di lavoro.

I processi dissociativi concorrono ad organizzare la soggettività in ambito di significato distinti; se i confini tra questi ambiti si irrigidiscono i processi dissociativi possono dare vita a sintomi o ad una vera e propria psicopatologia, sia ad un primo livello, creando un'impossibilità di comunicazione tra diversi significati della propria esperienza di sé e delle relazioni, sia ad un secondo livello, nel rendere impossibile l'accesso ad alcuni significati troppo angoscianti e mortificanti (Albasi, 2006). Janet (1889) è il primo autore a studiare la dissociazione come processo psicologico cruciale con cui l'organismo reagisce ad un trauma. Secondo l'autore, con l'uso della dissociazione, le emozioni, i pensieri, le cognizioni connessi al trauma diventano *idee fisse subconsciousie*, ovvero memorie collocate automaticamente in una coscienza separata da quella ordinaria, a causa dell'impossibilità di darvi un senso; tali idee fisse però continuano ad influenzare la vita del soggetto. A causa dell'impossibilità di integrare l'esperienza traumatica, si perde secondo Janet la capacità di assimilare nuove esperienze e l'evoluzione della vita dei soggetti che hanno subito un trauma sembra bloccarsi. La

dissociazione è sempre patologica e determina quindi patologie somatiche e psicologiche nell'individuo che ha subito esperienze traumatiche. Questo autore differisce sia dai suoi contemporanei, sia dai moderni studiosi dell'argomento, che concepiscono invece il concetto della dissociazione in un continuum normale- patologico (Janet, 1889; Albasi, 2006).

Ferenczi (1932) viene considerato il primo psicoanalista "contemporaneo" e studia in particolare i processi reciproci che sono coinvolti nella costruzione della relazione intersoggettiva tra genitore e bambino e tra paziente e analista (Aron, 1996).

La teoria Psicoanalitica contemporanea si ispira alle teorie di Ferenczi, dando quindi molta importanza alla relazione, alla reciprocità e all'intersoggettività, diversamente dalla Psicoanalisi Freudiana che privilegiava l'introspezione, l'individualità e l'autonomia della persona. L'autore delinea una *Teoria relazionale* della mente e una *Teoria della molteplicità* del Sé, in cui viene sottolineato che l'ambiente che accoglie il bambino segna e informa in modo primario e fondamentale la nascita psicologica dell'individuo (Borgogno, 1999; Boschioli, Albasi, Granieri, 2003 et al.).

La dissociazione viene intesa come una reazione specifica al trauma legato ad un abuso sessuale all'interno dell'ambiente familiare: la paura che il bambino prova lo porta ad attaccarsi ancora di più alle figure adulte di riferimento e la stessa facoltà di pensare è compromessa. Avviene quindi la dissociazione dei sentimenti e delle percezioni, fino ad arrivare all'identificazione con l'aggressore per "salvarsi" dal carnefice. La mente del bambino funziona attraverso MOID nei quali i suoi stati affettivi intensi hanno perso la possibilità di essere regolati nelle relazioni con le figure di attaccamento.

Tramite i MOID viene mantenuta una forma di continuità della coscienza (Bromberg, 1998) e di sicurezza interna superficiale ma si perde il contatto coi propri sentimenti. Viene inoltre smarrita la capacità di comprendere il significato relazionale di ciò che succede nella propria vita affettiva e si perde il senso di *agency*, l'essere protagonisti attivi della costruzione del significato della propria esperienza. Nel processo di dissociazione una parte del Sé subisce un definitivo arresto mentre un'altra parte è esposta a una precoce maturazione che Ferenczi definisce *progressione traumatica*. Per sopravvivere il bambino diventa gradualmente indifferente all'esperienza traumatica (Ferenczi, 1932).

Fairbairn (1944) invece ritiene che le *scissioni dell'io* (dissociazioni) siano strutturali nella mente umana e afferma che tutti gli individui sono alle prese con il *dilemma schizoide*.

La dissociazione può essere quindi legata ad un meccanismo difensivo del bambino che, per far fronte al dolore associato alle esperienze di attaccamento, le immagazzina in un modello rappresentazionale scisso, tenuto inaccessibile alla coscienza (Fairbairn, 1944).

FENOMENOLOGIA DELL'ATTACCAMENTO DISORGANIZZATO

La comprensione attuale dei comportamenti di attaccamento disorganizzato nella primissima infanzia si basa sulla teoria di Main e Solomon che nel 1990 hanno scelto la definizione "*disorganizzato/disorientato*" per descrivere le diverse gamme di comportamenti spaventati, strani, disorganizzati o apertamente in conflitto manifestati durante la procedura della *Strange Situation* di M. Ainsworth (1978).

Il sistema d'attaccamento viene normalmente attivato dalla situazione di separazione e di riunione, ma nello stesso tempo nella relazione disorganizzata/disorientata sembra che

il bambino e la madre condividano un'esperienza antitetica all'attaccamento, che interferisce con tale sistema. Main ed Hesse (1992) hanno individuato come esperienza antitetica all'attaccamento un'esperienza basata sulla paura. Le autrici sostengono che all'origine dell'attaccamento D (Disorganizzato) vi sia una figura di attaccamento spaventante, che diviene per il bambino allo stesso tempo fonte di conforto e di allarme, evocando contemporaneamente risposte contraddittorie. A questo punto il bambino sperimenta la tendenza intrinsecamente contraddittoria sia a fuggire che ad avvicinarsi alla figura di attaccamento e ciò lo porta ad un collasso delle strategie comportamentali, manifestando perciò i movimenti e le espressioni fuori luogo, interrotti e/o incompleti sopra descritti (Main ed Hesse, 1992).

ATTACCOMENTO DISORGANIZZATO E MOLTEPLICITÀ DEI MOI

Bowlby (1980) osserva che "nel lavoro terapeutico non è raro trovare che una persona (bambino, adolescente o adulto) ha consciamente un'immagine del tutto positiva di un genitore, mentre a un livello meno conscio nutre un'immagine contrastante, da cui risulta che il genitore lo trascura o lo rifiuta o lo maltratta. In queste persone, le due immagini vengono mantenute separate, prive di comunicazione reciproca, e viene esclusa ogni informazione che potrebbe disturbare l'immagine consolidata".

Alcuni anni Bowlby (1988) sottolinea come i bambini che avevano subito persistentemente maltrattamento dai genitori fossero "spesso dolci e affettuosi un momento e selvaggiamente ostili il momento successivo, con il cambiamento che si verificava improvvisamente e senza motivo". Questa violenza era diretta proprio contro la figura di attaccamen-

to. Non di rado questi bambini erano tormentati da un'intensa paura di essere attaccati da qualche mostro, e in alcuni casi esistevano prove certe che ciò che veniva temuto era l'attacco da parte di uno dei genitori. Trovando quest'aspettativa insopportabilmente terrorizzante i bambini attribuivano l'attacco aspettato a un mostro immaginario.

Il tema dei Modelli Operativi Interni (MOI) molteplici del sé e di una figura di attaccamento è stato sviluppato da Main (1991) in un lavoro che mette in evidenza la relazione tra modelli di attaccamento molteplici e deficit nello sviluppo metacognitivo.

I ricordi impliciti delle interazioni precoci che portano alla disorganizzazione dell'attaccamento, essendo molto probabilmente basati su reazioni genitoriali spaventate e/o spaventanti nell'approccio con il bambino, contengono l'esperienza di paura nel bambino e il ricordo di espressioni spaventate e/o aggressive nel genitore. Nonostante la barriera di paura e/o aggressività nel genitore, il bambino disorganizzato potrà infine essere in grado, in molti casi, di conquistare la vicinanza (altrimenti non potrebbe sopravvivere). Una volta che il genitore è più calmo e momentaneamente più affettuoso, il bambino disorganizzato sperimenterà un certo grado di sollievo tra le sue braccia.

Liotti (1999) afferma che i MOI molteplici, caratteristici di attaccamenti disorganizzati e traumatici, possono essere ricondotti ai Disturbi Dissociativi e quindi interferiscono con le funzioni integrative della memoria, della coscienza e dell'identità. Gli eventi interpersonali che possono dare origine a MOI molteplici sono i maltrattamenti fisici o psichici e gli abusi messi in atto dalle figure di attaccamento (Liotti, 1999, 2001, 2005).

La dissociazione è un meccanismo psichico che protegge da esperienze dolorose ma è

anche il segnale di una rottura nei processi intersoggettivi che dovrebbero condurre alla formazione di un Sé integrato e coerente. Le strutture di significato che emergono dai ricordi impliciti nei quali emozioni di paura, aggressività e sollievo si succedono drammaticamente, sia nel soggetto che nella figura di attaccamento, sono molteplici e reciprocamente incompatibili, mutando continuamente polarità attraverso i vertici del triangolo drammatico di Karpman (1968), tra la rappresentazione di vittima, persecutore e salvatore (Liotti, 1999, 2001, 2005).

Partendo da una memoria implicita della figura di attaccamento che lo accoglie con espressioni di paura, il bambino può costruire una rappresentazione di sé come causa della paura che vede nell'altro (sé persecutore e FdA vittima), ma simultaneamente anche una rappresentazione dell'altro come malevolo, responsabile della paura sperimentata (sé vittima, FdA persecutore).

Allo stesso tempo, il bambino può rappresentare sé stesso come vittima e l'altro come salvatore, nel momento in cui la FdA accoglie il bambino, anche se con espressioni di paura, e addirittura la FdA come vittima e se stesso come salvatore, nel momento in cui il contatto del bambino con la FdA produce un allentamento della tensione nella stessa FdA. Infine il bambino potrà sperimentare sia sé stesso che la FdA come vittima, vulnerabili e spaventati di fronte ad un pericolo invisibile.

I bambini con un attaccamento D durante la prima infanzia, spesso, all'età di sei anni, mostrano nei confronti della FdA atteggiamenti di inversioni di ruolo (controllanti), essendo punitivi nei riguardi del genitore, oppure preoccupati e pieni di cure in modo inappropriato. Tuttavia quando il sistema di attaccamento del bambino è fortemente attivato (ad esempio mostrando al bambino fotografie di

famiglia o le figure dell'Hansburg's Separation Anxiety Test), questa coerenza viene rapidamente annientata. Sono allora sollecitati contenuti ideativi bizzarri, irrazionali, catastrofici e autodistruttivi, mentre risposte disorientate o disorganizzate tendono a sostituire la precedente strategia di controllo apparentemente organizzata.

Liotti (1999) sottolinea come non tutti i bambini che hanno avuto un attaccamento disorganizzato svilupperanno dei disturbi di tipo dissociativo ma allo stesso tempo afferma che la maggior parte di coloro che hanno disturbi dissociativi da adulti hanno avuto in infanzia una forma di attaccamento disorganizzato.

FATTORI PROTETTIVI NEL CONCETTO DI BASE SICURA

Il concetto di base sicura teorizzato da Bowlby (1988) rimanda alla certezza interna di poter trovare nell'altra persona un punto di riferimento stabile in cui rifugiarsi nelle situazioni di pericolo e dal quale ripartire per esplorare il mondo circostante quando le condizioni lo consentono. Questa caratteristica ha quindi a che fare con i sentimenti interni di sicurezza e di fiducia.

La relazione di attaccamento può essere descritta come un dispositivo che regola costantemente e dinamicamente l'equilibrio e il bilanciamento tra attaccamento ed esplorazione. Tale equilibrio è strettamente collegato al sentimento di sicurezza sperimentato dal bambino in un dato momento e in un dato contesto: quando si sente protetto e al sicuro, infatti, il bambino è in grado di disattivare parzialmente i comportamenti di attaccamento a vantaggio di quelli esplorativi; diversamente, in condizioni di pericolo il sistema di attaccamento sarà notevolmente attivato allo scopo di mantenere la prossimità con l'adulto di riferimento. Secondo questo punto di vista,

è proprio la figura di attaccamento che può o meno favorire lo sviluppo di una fiducia di base nel bambino rispetto alla possibilità di ottenere aiuto in caso di necessità.

I principali teorici dell'attaccamento hanno ipotizzato come la sicurezza e la fiducia siano dipendenti dalla qualità delle cure ricevute dal bambino e come questo modello di fiducia in se stessi basato su un attaccamento sicuro ad una persona fidata possa essere osservato fin dal primo anno di vita. Ainsworth et al. (1978), ad esempio, hanno osservato che le madri dei bambini sicuri apparivano maggiormente sensibili, cooperative e disponibili psicologicamente rispetto alle madri dei bambini insicuri. Proprio per questo motivo hanno ritenuto che il modello di attaccamento sicuro fosse quello preferibile in quanto faciliterebbe da un lato l'interiorizzazione di un sentimento di sicurezza e di fiducia nei propri confronti e nella possibilità di essere accettati e compresi, dall'altro favorirebbe lo sviluppo di modalità interattive adeguate utilizzabili successivamente con le altre persone. L'esigenza di una figura di attaccamento come sicura base personale da cui operare e a cui fare ritorno non è limitata ai bambini, anche se è più evidente nei primi anni di vita, ma è fondamentale ad ogni età. Inoltre le esperienze vissute con essa nell'infanzia saranno determinanti per l'instaurarsi dei rapporti successivi nonché per lo sviluppo della personalità (Bowlby, 1988). Oggi questo particolare aspetto della teoria è stato superato dall'idea per cui è possibile nel corso della vita modificare la traiettoria di sviluppo intrapresa, quindi rivisitare gli schemi relazionali che si sono strutturati per primi a partire dalla relazione con la figura di attaccamento.

La personalità di un soggetto si delinea attraverso due tipi di influenze:

- esterne o ambientali: vincoli o fattori ester-

ni al soggetto, non controllabili; presenza o assenza di una figura fidata che fornisca una base sicura;

- interne o dell'organismo: le sue risorse ed i suoi limiti, la capacità o incapacità dell'individuo di riconoscere se una persona sia fidata e quindi la capacità o incapacità di instaurare e mantenere con essa un rapporto reciprocamente gratificante, in cui è possibile chiedere e fornire aiuto.

Vista in quest'ottica, una persona che abbia avuto nel corso della propria vita delle relazioni significative e positive può aver acquisito due fondamentali capacità:

- capacità di poter contare sugli altri;
- capacità di poter contare su se stessa.

Pertanto può, a seconda delle situazioni, offrire una base sicura o ricercare a sua volta un sostegno, avendo sviluppato una sana fiducia in se stessa e negli altri.

La psicoterapia può aiutare il bambino e l'adulto a ritrovare fiducia in sé e negli altri attraverso la costruzione di un legame costruttivo e autentico con il terapeuta, che diventa parte della storia del paziente. Compito del terapeuta è aiutare il paziente ad esplorare le sue risorse e ad attivare processi di sviluppo auto-curativi. Nell'approccio Sistemico il terapeuta, con le sue emozioni, è considerato parte integrante del sistema terapeutico, pertanto ciò che cura è il sistema terapeuta-famiglia che si costruisce. Il gioco come strumento in terapia assume una grande rilevanza nel lavoro con i bambini ma non solo: uno degli obiettivi è sviluppare l'integrazione del sapere relazionale implicito, cioè del sapere come stare meglio giocando e comunicando interattivamente con i coetanei e con le figure adulte di riferimento. Questo favorisce l'integrazione dei MOID, che sono una parte del sapere relazionale implicito. Il gioco permette la comunicazione attraverso la ritualizzazione

o l'interpretazione di ruoli relazionali, prende corpo nell'integrazione creativa dei livelli esplicito ed implicito, dei livelli della ricerca di significati simbolici e dell'espressione del saper fare in uno stato di benessere (Albasi 2006). Lo spazio della terapia più in generale vuole offrire rispetto e sostegno in

una relazione caratterizzata da accoglienza a quel che il paziente vive e sperimenta sul piano affettivo. Il tema del gioco in Psicoterapia verrà approfondito attraverso l'esperienza di tirocinio e con specifici studi e ricerche nel prossimo anno della scuola di specializzazione.



Bibliografia

- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., Wall, S. (1978). *Patterns of Attachment: A Psychological Study Of the Strange Situation*. Erlbaum: Hillsdale.
- Albasi, C. (2006). *Attaccamenti traumatici. I modelli operativi Interni Dissociati*. Torino: UTET.
- Aron, L. (1996). *Menti che si incontrano*. Milano: Raffaello Cortina.
- Attili, G. (2001). *Ansia da separazione e misura dell'attaccamento normale e patologico*. Milano.
- Boschioli, A., Albasi C., Granieri, A. (a cura di). (2003). *Incontrando Sàndor Ferenczi. Temi ferencziani nella pratica clinica contemporanea*. Bergamo: Moretti e Vitali.
- Borgogno, F. (1999). *Psicoanalisi come percorso*. Torino: Bollato Boringhieri.
- Bowlby, J. (1969). *Attaccamento e perdita vol. 1 – L'attaccamento alla madre*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Bowlby, J. (1973). *Attaccamento e perdita vol. 2 – La separazione dalla madre*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Bowlby, J. (1980). *Attaccamento e perdita vol. 3 – La perdita della madre*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Bowlby, J. (1979). *Costruzione e rottura dei legami affettivi*. Milano: Raffaello Cortina.
- Bowlby, J. (1988). *Una base sicura*. Milano: Cortina.
- Boccia, P. (2007). *Psicologia*. pag. 142, M&P Edizioni.
- Bromberg, P.M. (1998). *Staying the Same While Changing: Reflection on Clinical Process*. in *ID. Standing in The Spaces. Essays on Clinical Process, Trauma and Dissociation*. Hillsdale: The Analytic Press.
- Fairbairn, W.R.D. (1944). *La struttura endopsichica considerate in termini di relazioni oggettuali*. in *ID. Studi psicoanalitici sulla personalità*. Torino: Boringhieri.
- Ferenczi, S. (1932). *Diario clinico*. Milano: Raffaello Cortina.
- Fonagy, P., Target, M. (2002). *Attaccamento e funzione riflessiva*. Milano: Raffaello Cortina.
- Freud, S. (1905). *Tre saggi sulla teoria sessuale*. BUR 2010.
- Harlow, H. (1958). *The nature of love*. *American Psychologist*, vol. 13, pp. 573-685.
- Janet, P. (1889). *L'Automatisme psychologique*. Parigi: Alcan (trad. parziale: (1996) *Disaggregazione, spiritismo, doppia personalità*, Roma: Sensibili alle Foglie).
- Karpman, S.B. (1968). *Fairy Tales and Script Drama Analysis*. "Transactional Analysis Bulletin", 7, pp. 39-43.
- Liotti, G. (1999). *La disorganizzazione dell'attaccamento come modello per comprendere la psicopatologia dissociativa*. In *www.selfrivista.it*. 1, 3.
- Liotti, G. (2001). *Le opere della coscienza. Psicopatologia e psicoterapia nella prospettiva cognitivo-evoluzionista*. Milano: Raffaello Cortina.
- Liotti, G. (2005). *La dimensione interpersonale della coscienza*. Milano: Carocci.
- Main, M. (1991). *Conoscenza metacognitiva, monitoraggio metacognitivo e modello dell'attaccamento unitario (coerente) vs modello di attaccamento multiplo (incoerente): dati ed indicazioni per la futura ricerca*. In Parkes, C.M., Stevenson-Hinde, J. e Marris, P. *L'attaccamento nel ciclo di vita*. Roma: Il Pensiero Scientifico, 1995, pp. 131-67.
- Main, M., Hesse, E. (1992). *Attaccamento disorganizzato/disorientato nell'infanzia e stati mentali dissociati dei genitori*. In Ammaniti, M., Stern, D.N. *Attaccamento e Psicoanalisi*. Roma: Laterza.
- Main, M., Solomon, J. (1990). *Procedures for Identifying Infants as Disorganized/ Disoriented During the Ainsworth Strange Situation*. In Greenberg, M., Cicchetti, D., Cummings E.M. *Attachment in the Preschool Years: Theory, Research and Intervention*. Chicago: University of Chicago Press. Pp. 121-60.
- Mitchell, S.A. (2000). *Il modello relazionale*. Milano: Raffaello Cortina.
- Piaget, J. (1972). *La formazione del simbolo nel bambino*. Firenze: La Nuova Italia.
- Pizer, S.A. (1998). *Building Bridges: the Negotiation of Paradox in Psychoanalysis*. Hillsdale: The Analytic Press.
- Reder, P., Lucey, C. *Cure genitoriali e rischio di abuso*. trad. it. Lo Iacono G. Trento: Centro Studi Erickson.
- Sander, L.W. (2002). *Pensare la differenza. Principi di processualità dei sistemi viventi e specificità dell'essere riconosciuto*. trad. it. in "Ricerca Psicoanalitica", 16, 3, 2005.
- Sullivan, H.S. (1953). *La teoria Interpersonale della psichiatria*. Milano: Feltrinelli.



Finito di stampare nel giugno 2013 da



