

CAMBIA-MENTI

Rivista dell'Istituto di Psicoterapia Sistemica Integrata

volume 2/2012

**Approccio sistemico
in età evolutiva**

idipsi



Istituto di Psicoterapia
Sistemica Integrata

CAMBIA-MENTI

Rivista dell'Istituto di Psicoterapia Sistemica Integrata



**Approccio sistemico
in età evolutiva**

volume 2/2012

Direttore Responsabile

Antonio Restori

Direttore Scientifico

Mirco Moroni

Coordinamento redazionale

Barbara Branchi, Valentina Nucera, Monica Premoli, Alessia Ravasini

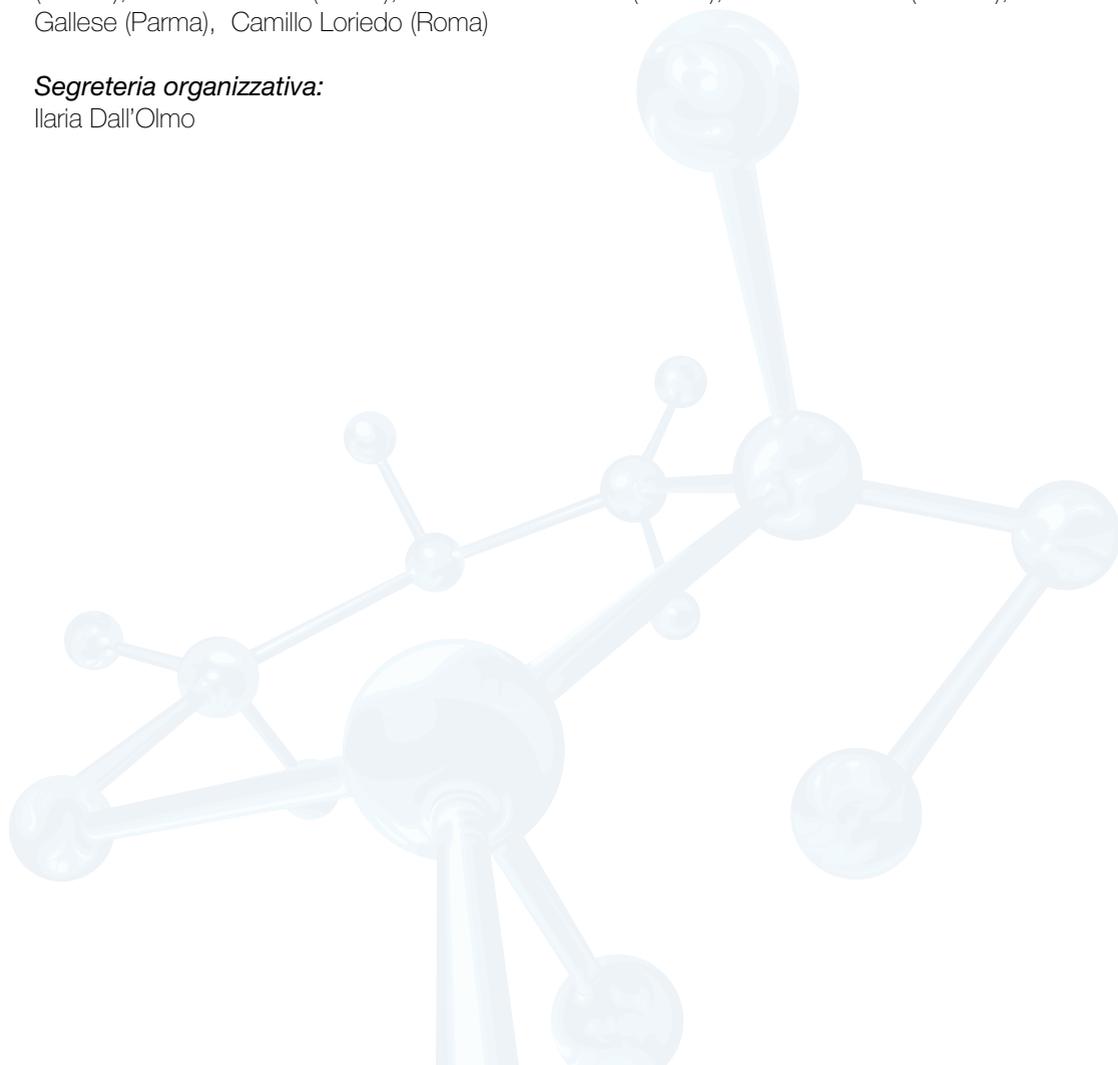
Redazione: Alberto Cortesi, Fabio Sbattella, Gabriele Moi, Paola Ravasenga, Gianfranco Bruschi, Gianandrea Borelli, Nadia Locatelli, Fabiana D'Elia, Elisabetta Magnani, Stefania Pellegrì, Valeria Lo Nardo, Paolo Persia

Comitato Scientifico:

Marco Bianciardi (Torino), Paolo Bertrando (Milano), Umberta Telfener (Roma), Gabriela Gaspari (Lecco), Pietro Pellegrini (Parma), Gwyn Daniel (Londra), Vincent Kenny (Dublino), Valeria Ugazio (Milano), Giovanni Liotti (Roma), Giacomo Rizzolatti (Parma), Lucia Giustina (Novara), Vittorio Gallese (Parma), Camillo Loredò (Roma)

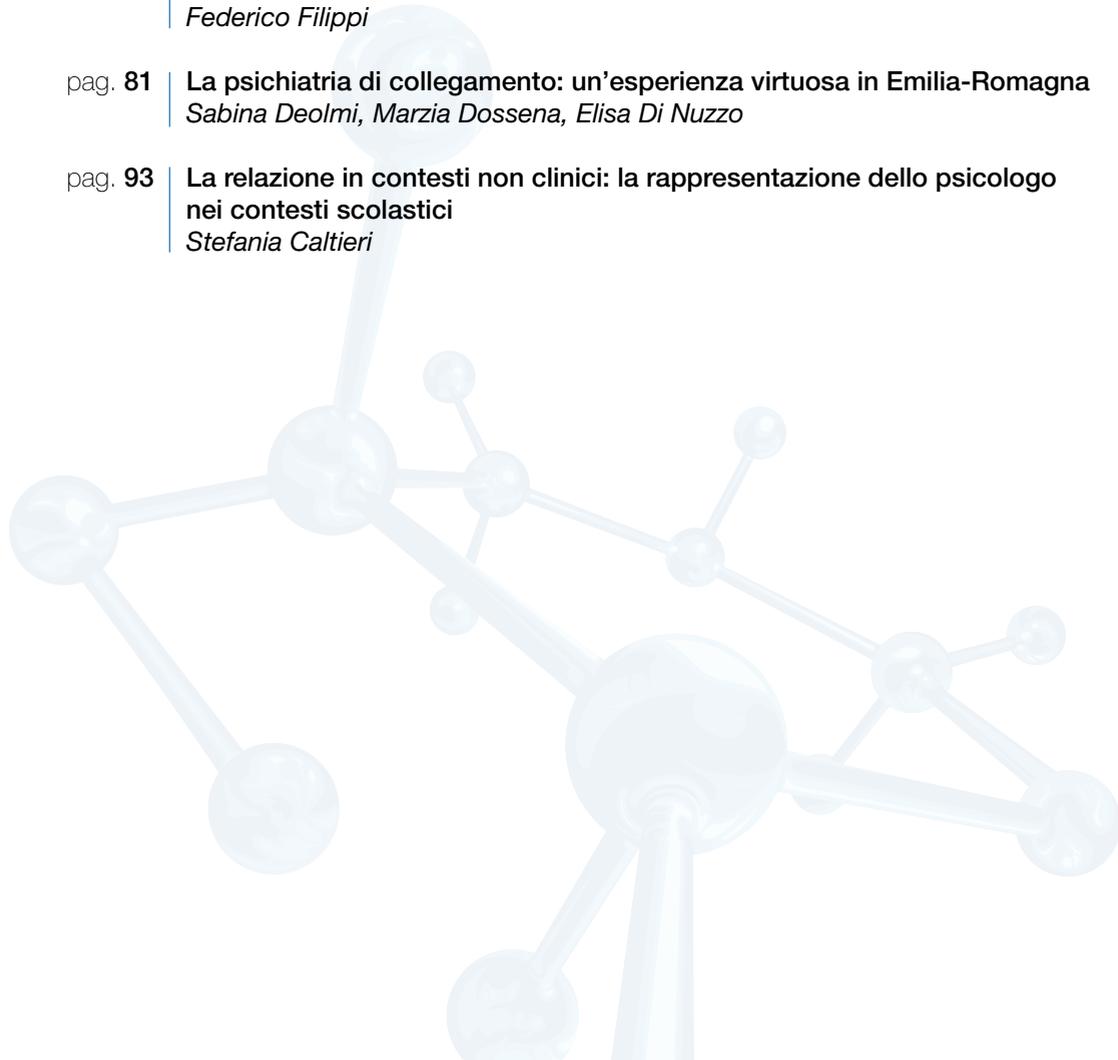
Segreteria organizzativa:

Ilaria Dall'Olmo



Indice

- pag. 05 | **Reframing, metafore e relazioni**
Fabio Sbattella
- pag. 15 | **La tutela minori con il contributo della Tavistock**
Angela Infante
- pag. 29 | **La presa in carico delle famiglie con un bambino con DSA:
una ri-lettura in chiave sistemica**
Manuela de Matteis
- pag. 41 | **L'integrazione nell'affidamento familiare**
Benedetta Colombari
- pag. 51 | **Diventare famiglia: processi di trasformazione in dinamiche triadiche**
Eleonora Russo, Giulia Zanvettor
- pag. 65 | **Potenziare le abilità relazionali nell'incontro dei servizi con le famiglie**
Federico Filippi
- pag. 81 | **La psichiatria di collegamento: un'esperienza virtuosa in Emilia-Romagna**
Sabina Deolmi, Marzia Dossena, Elisa Di Nuzzo
- pag. 93 | **La relazione in contesti non clinici: la rappresentazione dello psicologo
nei contesti scolastici**
Stefania Caltieri



Reframing, metafore e relazioni

Fabio Sbattella*

Sommario

Il presente contributo intende discutere il concetto di relazione, aspetto centrale per tutti coloro che si occupano di psicoterapia ed in particolare per chi si riconosce negli approcci sistemico-relazionali. La definizione del concetto è proposta a partire da due diversi punti di vista, tra loro complementari. La lettura “matematica” del termine “relazione” è infatti confrontata con una definizione che si appoggia al potere delle metafore. Nella terza parte dell’articolo, viene esemplificato il valore delle metafore ben costruite, attraverso l’analisi della relazione educativa. Tale esempio costituisce anche un caso di “reframing”, tecnica cruciale per la riorganizzazione del mondo dei significati dei pazienti e delle emozioni da loro vissute.

Parole chiave:

Relazione terapeutica, metafora, reframing

Summary

This paper intends to discuss the concept of relation, central aspect for all those involved in psychotherapy and in particular for those who recognize the systemic-relational approaches. The definition of the concept is given from two different points of view, mutually complementary. The “mathematical” point of view (of the term “relationship”) is in fact confronted with a definition that relies on the power of metaphors. The third part of the article is an exemplification of the value of well-constructed metaphors, through the analysis of the educational relationship. This example is also a case of “reframing”, a psychological technique aimed to the reorganization of the world of meanings and emotions experienced by the patients.

Key words:

Relation therapeutic, allegory, reframing

*Didatta IDIPSI

DI COSA PARLIAMO QUANDO PARLIAMO DI RELAZIONI INTERPERSONALI

Buona parte della ricerca sul tema dell'efficacia delle psicoterapie riconosce che il fattore maggiormente significativo, per spiegare i risultati dei trattamenti, è la qualità della relazione terapeutica. Tra i fattori esaminati per spiegare gli esiti positivi delle psicoterapie, le variabili relative alla relazione terapeutica spiegano più del 40 per cento della varianza, su un totale della varianza nota, che è intorno al 50 per cento (Norcross, 2011). Tale relazione è descritta in termini di presa in carico, ingaggio, alleanza, vicinanza emotiva, distanziamento, contenimento, identificazione, empatia, risonanza, rispecchiamento. Ma anche, dal punto di vista del paziente, in termini di compliance, collaborazione, aderenza, responsabilità, transfert, resistenza. Ciascuna di queste dimensioni, poi, è valutata e misurata con aggettivi quali "adeguata, contingente, eccessiva, graduale" etc. Molti sono anche i contributi finalizzati a distinguere la relazione terapeutica (Grasso, 2010) da altre relazioni contigue, quali la relazione di aiuto (Sbattella, 1997), la relazione educativa, quella istruttiva, quella di potere (Anolli Ugazio, 1984), quella genitoriale (Greco Maniglio, 2011). Il tema della valutazione e del cambiamento delle relazioni interpersonali, infine, costituisce oggetto specifico del lavoro terapeutico, spesso mirato ad intervenire rispetto alle relazioni genitoriali, coniugali, amicali, lavorative.

Ma cosa si intende, a monte, per "relazione", in generale? Cercheremo di rispondere a questa domanda dapprima esaminando alcuni contributi teorici e in secondo luogo richiamando i termini metaforizzanti proposti dalla lingua italiana, per concludere con un esempio.

Iniziamo dal primo aspetto. All'interno della tradizione sistemica, il tema della relazione è stato inizialmente affrontato in termini comportamentali e probabilistici. Da un punto di vista matematico, ogni relazione interpersonale era definita come quella funzione matematica in grado di descrivere la probabilità che comparissero in modo concomitante o sistematicamente connesso determinati comportamenti di più soggetti, in co-presenza (Viaro Leonardi Sbattella, 1984).

L'aspetto che qui ci preme sottolineare è quello probabilistico. Dal punto di vista matematico la relazione non è altro che la descrizione della funzione che lega le co-occorrenze comportamentali e/o la concatenazione tra i comportamenti di due o più persone. Conoscendo le caratteristiche della funzione e la probabilità delle co-occorrenze, diventa possibile prevedere con buona approssimazione le sequenze interattive tra i soggetti in questione e dunque descrivere l'organizzazione dei comportamenti reciproci.

Tale punto di vista si centra soprattutto sulla rilevazione dei comportamenti osservabili e in particolare delle azioni considerate come comunicative. La raffinatezza degli studi che condividono questa visione è stata negli ultimi decenni arricchita dalla potenza di calcolo degli elaboratori. Esistono oggi, infatti, software in grado di estrapolare valutazioni relazionali dalle comunicazioni agite nei social network (Riva, 2011), così come dalla codifica di videoregistrazioni e registrazioni audio (Bakerma e Quera, 1995).

In verità, anche utilizzando questi programmi di analisi, i ricercatori non rilevano tutti i comportamenti e le azioni possibili, ma solo quelli in grado di organizzare potenziali "interazioni", cioè sequenze di comportamenti

intrecciati tra soggetti, quali gli scambi verbali, gli sguardi, gli avvicinamenti, i contatti, le espressioni facciali etc. Ogni volta che un comportamento di un soggetto completa, considera, introduce, attende, risponde, provoca un comportamento di un altro, si può parlare di inter-azione. Il termine inter-azione, infatti, rimanda all'idea di un agire contingente, cioè che si calibra e connette alle azioni altrui. È chiaro, ad esempio, che alla stazione in cui arrivano ogni mattina centinaia di pendolari si possano registrare co-occorrenze tra i comportamenti di molte persone. Ma si tratta di comportamenti paralleli, legati da coincidenze temporali e spaziali. Ogni soggetto, in questo caso, mira al suo obiettivo, senza organizzare più di tanto i propri spostamenti in funzione di quelli degli altrui.

Si tratta, paradossalmente, di relazioni di estraneità, che, come ha ben osservato Goffman (1969), si nutrono in realtà di sistematici messaggi tesi a dire "Non esiste alcun legame tra noi, sebbene i nostri sguardi si incrocino ogni tanto e casualmente veniamo anche fisicamente in contatto". In particolare, l'evitamento di sguardo e il sistematico e intenzionale spostamento di attenzione dai comportamenti altrui servono a marcare la relazione di estraneità, ovvero la presenza di una relazione non significativa.

Si può dunque parlare di relazione interpersonale ogni volta che si osservano delle interazioni, cioè comportamenti intrecciati tra due o più soggetti. L'ipotesi avanzata nella "Pragmatica della comunicazione" è che la reiterazione di scambi tra gli stessi soggetti tenda ad aumentare la probabilità di osservare determinate sequenze perché, per effetto di un principio di limitazione e risparmio energetico, le persone tenderebbero, nel tempo, a replicare gli scambi ri-

sultati funzionali ed efficienti. Gli schemi di ripetizione possono così essere facilmente rilevati come pattern interattivi e sintetizzati in "regole" implicite di relazione (Watzlavick et al, 1971).

La riflessione scientifica ha ben presto evidenziato, tuttavia, che le relazioni umane non possono essere ridotte a pattern interattivi comportamentali, per quanto questi, a volte, ne siano significativi sintomi. Soprattutto parlando di soggetti in grado di comunicare in modo simbolico, lo studio delle co-occorrenze e delle sequenze interattive deve tener conto di molti più fenomeni psichici oltre ai comportamenti osservabili. Tutte le azioni definibili propriamente come comunicative implicano, infatti, molti più processi psichici che la sola organizzazione dei movimenti osservabili.

Per valutare adeguatamente la presenza e la qualità di una relazione bisognerebbe dunque parlare della probabilità di rilevare la co-occorrenza o la sequenza di comportamenti-emozioni-pensieri, intrecciati tra più soggetti. Operazione impossibile nei laboratori di videoregistrazione comportamentale, ma non così irrealizzabile con altri strumenti d'indagine integrata. Si tratta, in questi contesti, di comprendere, per quanto le persone possano essere consapevoli e sincere, in quali sequenze si intrecciano emozioni, valutazioni e comportamenti reciproci. Ogni relazione richiede, in questo senso, una rappresentazione interna dell'altro, rispetto cui ciascun interagente possa calibrare le proprie aspettative, pensieri e comunicazioni.

Sulla base di queste considerazioni, la ricerca scientifica contemporanea sulle dimensioni relazionali si è spostata verso l'analisi delle abilità interne, che entrano in gioco per costruire interazioni e intersog-

gettività. Sono nati così filoni di ricerca relativi alla teoria della mente (Camaioni 2003), l'empatia (Costa, 2010), la comprensione intuitiva dell'intenzionalità altrui (Rizzolati e Sinigaglia, 2006). In vario modo, tutti questi contributi hanno evidenziato come, tra tutti i comportamenti co-occorrenti, quelli più probabilmente pertinenti per un'analisi relazionale sono quelli reciprocamente orientati.

I comportamenti reciprocamente orientati sono quelli in cui, attraverso lo sguardo, la gestualità, la parola, i soggetti chiedono e rivolgono attenzione ad altri. È a partire da movimenti di co-orientamento, infatti che si giungono a costruire intersoggettività, calibrazione reciproca, interdipendenza, cooperazione, conflitto. L'aspetto del co-orientamento è delicato e caratteristico delle relazioni umane. Dal punto di vista terapeutico, saper osservare, gestire, trasformare le relazioni significa anche questo: saper cogliere il movimento di co-orientamento e calibrazione contingente dei singoli, in presenza o in connessione ad altri. Significa saper cogliere le co-occorrenze e le sequenze di comportamenti, aspetti cognitivi ed emozioni e vedere in che modo sono reciprocamente orientate.

Dal punto di vista dei vissuti personali, le relazioni di cui si è parte possono essere percepite, e sicuramente sono agite, come pattern emotivo-cognitivo-comportamentali, cioè come configurazioni di legami tra emozioni comportamenti e dimensioni cognitive che, in modo schematico e astratto, caratterizzano alcune sequenze interattive, reciprocamente orientate con determinati soggetti.

Questi pattern e sequenze, fungono da modelli operativi interni (Wallin 2009), che suggeriscono quando attivare pensieri

emozioni e comportamenti, in certe cornici contestuali (frame). Tali schemi permettono anche di descrivere e costituire la propria percezione di Sé, perché contengono informazioni relative alla posizione di sé-con altri. Essi forniscono, infatti, informazioni che si riferiscono a "chi sono io con..", "cosa ci si può aspettare da me.." etc.

METAFORE RELAZIONALI

Proviamo ora ad affrontare la domanda su cosa siano le relazioni da un altro punto di vista, accantonando momentaneamente la riflessione scientifica. Utilizzando il linguaggio comune, strumento di mediazione concettuale usato dalla maggior parte dei pazienti, possiamo rivolgerci innanzitutto al vocabolario della lingua italiana. Alla domanda "cosa significa relazione?" Devoto Oli (2007) risponde con sinonimi quali "collegamento" e "con-nessione" (che dal punto di vista etimologico deriva dal greco "intrecchio"). L'etimologia degli elementi lessicali rimanda quindi, attraverso similitudini che aprono la strada a vere e proprie metafore, a immagini tratte dal lavoro artigianale.

Si tratta, più precisamente, di parole metaforizzanti (Boscolo, e al 1991), che rimandano all'esperienza manuale del fare nodi, usare corde e/o fili per mantenere tra loro più o meno vicine realtà tra loro distinte. Se partissimo dalle considerazioni di Mele (2010) che ci ricorda come ogni rappresentazione mentale si radichi nell'esperienza corporea, (enbodiment) potremmo dire che il modello base di ogni relazione sta nell'arte dell'annodare. I pattern, infatti, sono intrecci, le relazioni si tessono.

La proposta è, in questa sede, di valorizzare il potenziale esplicativo e suggestivo delle dimensioni semantiche connesse al vocabolario comune. Per certi aspetti, le

metafore implicite nel linguaggio descrivono le relazioni umane meglio delle funzioni matematiche (Sontag, 1989). Come ricordano Lakoff e Johnson (1998), le metafore sono strumenti di conoscenza essenziali e diffusissime, anche a livello scientifico, perché facilitano la conoscenza del non noto attraverso il noto. In particolare, le metafore che sono in grado di tradursi in immagini offrono mappe di orientamento, utili a organizzare le informazioni che gradualmente vengono acquisite, relativamente alle nuove realtà (Sbattella, 2001).

Sorge qui però un problema cruciale. Né le metafore né le singole parole che implicano similitudini risultano utili, se parlano di realtà non veramente conosciute all'ascoltatore. Per accostare l'ignoto attraverso il noto – si potrebbe dire - quest'ultimo deve essere ben conosciuto. Metafore non fondate sull'esperienza diretta sono dunque inutili, fuorvianti o addirittura dannose. Similmente, metafore mal costruite o superficiali sono disorientanti, perché fanno credere di disporre di strumenti per conoscere una realtà non nota attraverso immagini padroneggiate in modo molto approssimativo.

Parlare di relazioni in termini di legami e intrecci (Laing, 1970; Cigoli, 1997; Scabini e Cigoli, 2000) può risultare vago e poco pregnante, in un'epoca in cui sono spariti dalla quotidianità della maggior parte dei cittadini, telai a mano e uncinetti, briglie e pastoie, cordami, reti da pesca e perfino lacci da scarpe. Al di là del significato etimologico, per molti italiani oggi l'azione di "col-legarsi" rimanda piuttosto all'idea di "aprire un canale" e, motoricamente, a quella di "premere un pulsante" o "infilare un cavo nella presa".

In una società fluida come la nostra (Bauman, 2008), inoltre, corde e legacci riman-

do maggiormente al concetto di vincolo, con accezione negativa. Le corde impri-gionano, i legami sono pastoie (particolari legature che bloccavano la libertà dei cavalli durante la notte). La libertà è spesso rappresentata dal taglio di ogni filo, corda, catena che impediscano la libertà dei movimenti. In questo senso, è diffuso un immaginario molto negativo dei legami, che fa riferimento soprattutto al tema della prigionia e del controllo unidirezionale.

L'immaginario metaforico connesso alle relazioni-legami può essere, tuttavia, molto più ampio. Per secoli, l'arte dei nodi è stata quella che ha dato solidità e sicurezza a naviganti e costruttori, artigiani e agricoltori, massaie e tessitori, chirurghi e camminatori. Grazie ai giusti nodi, si potevano spiegare le vele al vento, fissare le navi in porto, innalzare le impalcature per decine di metri. Con buoni nodi si spostavano merci, riparavano reti da pesca, creavano tessiture di ogni tipo e ricucivano strappi. Tra i pochi ambiti in cui ancor oggi si apprezza il valore di un nodo ben fatto vi è la nicchia dell'escursionismo: molti sanno che un nodo ben fatto può salvare una vita. Sia che tenga un'imbragatura sia che stringa un fedele scarpone.

Le metafore sono utili in terapia e utili per facilitare la comunicazione, ma è sempre necessario chiedersi che esperienza le persone abbiano delle realtà che si vogliono richiamare, per creare similitudini. Fare psico-terapia significa spesso favorire il cambiamento delle relazioni disfunzionali e poiché esse sono costituite da pattern emotivi- comportamentali, ma anche cognitivi, fare terapia significa a volte puntare sul cambiamento delle metafore di riferimento (Barker, 1987). Sono, infatti, in buona parte le metafore che, insieme alle narrazioni, organizzano molti vissuti ed esperienze. Esse

offrono orizzonti di senso, perché sembrano in grado di inquadrare gli eventi della vita in cornici di comprensione pre-formate.

Quando le metafore e le narrazioni di riferimento contribuiscono al dolore e al mantenimento degli assunti di base che limitano i cambiamenti positivi, può essere necessario facilitare l'arricchimento e la trasformazione delle immagini di riferimento. Quest'operazione viene definita "reframing" o re-inquadramento ed è una strategia basilare in molte psicoterapie. Ricerche recenti hanno mostrato la contiguità di queste strategie con quelle di "re-appraisal", grazie alle quali la regolazione di emozioni disfunzionali viene guadagnata attraverso una serie di ri-valutazioni cognitive (Matarazzo e Zammuner, 2009).

Fare reframing in terapia significa dunque mutare alcuni elementi dell'immaginario che struttura l'esperienza di sofferenza. Vi sono poche ricerche di ordine generale, nell'ambito della psicoterapia sistemica, sul tema dell'immaginario. Eppure l'immaginazione è una risorsa fondamentale per lo sviluppo e l'adattamento umano. Non si può permettere che sia nutrita solo dai fantasmi offerti dai mass media. È ai media, infatti, (e soprattutto alle grandi narrazioni cinematografiche) che fanno riferimento molti pazienti per parlare delle proprie esperienze emotive e relazionali. Dai media emerge un immaginario collettivo denso di rischi, minacce incombenti, eventi governabili e non, ma anche di eroi, sogni, desideri ed esperienze positive. L'immaginario guidato collettivamente è di fatto una proposta culturale, che offre codici interpretativi, immagini e metafore di riferimento funzionali alla significazione delle esperienze collettive e anche personali. Lavorare sulle immagini e sull'immaginario diventa dunque sostanzialmente indispensabile in psicoterapia.

Fantasia, immaginazione, capacità di generare nuovi sogni sono abilità da incentivare anche nei terapeuti, affinché possano facilitare i cambiamenti.

Vogliamo ora proporre due esempi concreti relativi a strategie utili per arricchire e modificare l'immaginario e in particolare le immagini di riferimento che guidano l'interpretazione delle realtà problematiche.

Per quanto riguarda l'arricchimento immaginativo, finalizzato al superamento di sindromi post traumatiche, portiamo come esempio il lavoro, poco conosciuto in Europa, del Butterfly Peace Garden un centro di recupero per bambini soldato che opera in Sri Lanka (Chase, 2000; Santa Barbara 2004).

Finalità precipua del lavoro del gruppo di terapeuti è quello di offrire alternative ad un immaginario cruento e aggressivo, strutturato dall'addestramento militare. Il vocabolario, le categorie mentali, le narrazioni e gli schemi interpretativi delle relazioni dei piccoli combattenti sono, infatti, sostanzialmente strutturati per generare reazioni violente davanti ad ogni emozione. I bambini soldati sono carichi di paure e di immagini di guerra, da cui pensavano di liberarsi attraverso l'uso delle armi. Anche le relazioni interne ai gruppi combattenti sono molto solide, spesso in modo perverso. Costruire e radicare un immaginario nuovo, a partire dal quale leggere il mondo e i propri vissuti e costruire relazioni liberanti: questo l'obiettivo della terapia. La terapia consiste nel radicare nella mente, attraverso esperienze e incontri concreti, il sogno e la speranza di possibilità alternative alla violenza. La proposta è organizzata attorno ad un luogo speciale: Butterfly Garden. Uno spazio protetto nel quale il giardino delle farfalle è un

luogo reale, al cui centro sta un immenso albero ombroso, al cui riparo si ascoltano narrazioni tradizionali e musica. Un piccolo paradiso terrestre, ricco dei profumi di spezie, in cui, realmente, si possono incontrare un enigmatico pellicano, un saggio giardiniere, un paziente educatore, una pluralità di artefatti artistici di grande bellezza. Un luogo dove sviluppare, permanendo alcune settimane, molti nuovi sogni ad occhi aperti e sperimentare relazioni alternative a quelle presenti nella triade ufficiale-com-militone-nemico. Il tema del cambiamento degli schemi interpretativi attraverso il mutamento delle immagini di riferimento, sarà illustrato nelle prossime righe tornando a parlare di legami e relazioni. In questo esempio, la relazione educativa è descritta come un legame sottile ma determinante, che permette ai figli di prendere il volo e continuare a volare alto.

UN ESEMPIO: UNA METAFORA DELLA RELAZIONE EDUCATIVA E IL SUO REFRAMING

Ai genitori che chiedono indicazioni sulla relazione educativa propongo spesso questa narrazione: “ Conosco un luogo, in Val D’Aosta, dove è preservato un grande prato verde. È facile osservare lì, il sabato mattina d’estate, una scena che si ripete frequentemente, con poche varianti. Un padre che nel fine settimana ha raggiunto la moglie, già in ferie in montagna con i bambini, cerca di realizzare al meglio il proprio ruolo di genitore. Permettendo alla consorte di riposare dopo una settimana intensa di accudimento, il genitore porta il figlio al grande prato, prospettando una mattina di gioco.

Acquista immancabilmente un aquilone, pensando di vivere con il bambino un’esperienza nuova e positiva. Dopo aver montato

il giocattolo, invita il figlio a correre per il prato e il bambino esegue. L’aquilone ondeggia a destra e a sinistra e subito si schianta al suolo. Al secondo tentativo riparte, si impenna e nuovamente cade. Ripartito per la terza volta, l’aquilone è trascinato a terra e irrimediabilmente si rompe. Il bambino, frustrato e irritato, abbandona l’attività, tra i rimproveri e la stizza del padre. Spesso scaturiscono conflitti: tra padre e figlio e tra marito e la moglie, che immancabilmente accusa il malcapitato di non avere una buona relazione educativa con il figlio. In conclusione, il genitore se ne torna in città prima del termine del week end.

La situazione è tanto più frustrante quanto più si considera, che, sullo stesso prato, è facile osservare a volte salire aquiloni, ben più fragili ed economici di quelli offerti dal rivenditore, a 100, 200, 300 metri di altezza. I genitori che hanno l’umiltà di chiedere come questo sia possibile è facile rispondere:

Il rapporto con l’aquilone è simile alla relazione educativa. Ci sono genitori che dicono: “mio figlio è fatto per prendere il volo. È fragile, ma nello stesso tempo adatto: può volare alto e io farò in modo che possa realizzare le sue potenzialità, raggiungendo lo spazio che si colloca tra la terra e il cielo”. Come conducendo un aquilone, questi genitori si danno da fare forsennatamente: corrono a destra e sinistra, tentano e ritentano, tirano il filo in tutti i modi, finché l’aquilone finisce per rompersi. A questo punto maledicono le incapacità del bambino, la sua testardaggine, incompetenza, fragilità. Maledicono il filo che li tiene connessi e loro stessi che hanno deciso di giocare a quel gioco. Spesso abbandonano l’attività e quindi il loro ruolo educativo, carichi di frustrazione e amarezza. In que-

sti casi bisogna spiegare che è molto facile aiutare i bambini, così come far volare gli aquiloni: il problema è che bisogna conoscere tre segreti.

Il primo segreto è la conoscenza dell'altro: è necessario conoscere e rispettare l'aquilone, per quello che è. Bisogna conoscere le sue caratteristiche. L'aquilone è strutturalmente di carta. La carta è rigida e fragile, tiene il vento perché non si piega, anche se facilmente si lacera. Sostituire la carta con la plastica, per farlo sintetico, significa limitare le sue potenzialità di volo. Gli aquiloni di plastica non volano bene perché la plastica al vento si deforma. È come con le persone: quelle sintetiche e "plastificate" sembrano più resistenti e meno fragili, ma danno minori soddisfazioni.

Conoscere e rispettare gli aquiloni significa anche prenderli dal verso giusto. Molti neofiti commettono lo stesso errore: legano il filo alle bacchette e lanciano l'aquilone, facendo in modo che le bacchette si trovino tra la terra e la superficie della vela, libera di gonfiarsi al vento fino a strapparsi. L'assetto di volo richiede, invece che le bacchette stiano dietro alla carta, rispetto al vento. In questo modo faranno da struttura di sostegno su cui si appoggia la vela, impedendo che si strappi. Affinché ciò sia possibile è necessario bucare leggermente la superficie di carta per far passare il filo, che è annodato alle bacchette, dall'altra parte. È necessario fare un piccolo foro sulla superficie di carta per far sì che non che si strappi. Il segreto è dunque prendere gli aquiloni, come i bambini, dal verso giusto.

Segreto numero due: non è la corsa che fa volare gli aquiloni. Gli aquiloni volano solo perché c'è vento. Non è una banalità. Per quanto si corra, non si potrà mai generare il vento. Correre per far volare un aquilone

è come gettarsi in acqua per tirare una barca a vela e vederne gonfiare le vele. Non sappiamo chi fu il primo a mettere in giro l'idea che bisogna correre per far volare gli aquiloni. In tutto il mondo (o almeno nel sud est asiatico), tutti sanno che per far volare gli aquiloni bisogna stare fermi e lasciare che il vento scorra addosso. È questa l'inversione di prospettiva (reframing) che va guadagnata. Bisogna saper aspettare il vento. Anche con i bambini bisogna saper aspettare. Aspettare il tempo giusto, senza fretta. Gli psicologi la chiamano "attenzione alla zona di sviluppo prossimale" o ai "periodi sensibili". Questa pazienza richiede presenza, perché quando arriva il tempo giusto per una proposta educativa, il genitore deve esserci. Far volare gli aquiloni significa dunque conoscere il vento. In ogni valle gli abitanti sanno che la mattina il vento soffia in una direzione, perché la montagna inizia a scaldarsi al sorgere del sole. Poi si ferma e infine cambia direzione. Sempre alla stessa ora. Basta aspettare e, puntualmente a una certa ora il vento arriva. Chi conosce il vento sa che sul fianco delle colline l'aria sale e per far salire un aquilone bisogna mettersi sottovento. Fuor di metafora, per facilitare il successo dei bambini nella vita è necessario non solo osservare e rispettare i bambini, ma anche conoscere i processi vitali e il contesto in cui ci si trova. Chi non riesce a far volare l'aquilone spesso critica la sua creatura, oppure giudica se stesso come incapace. È un'ottica disperante e conflittuale, che non considera adeguatamente il ruolo del contesto. Se lo sguardo e il giudizio si limitano alla relazione diadica, senza considerare il contesto, le attribuzioni causali dei fallimenti diventano accuse e sensi di colpa. Successo ed insuccesso non dipendono solo dall'aquilone e dal suo

partner. Se non c'è vento, o se esso non è accostato al tempo giusto, sul versante giusto, nessun aquilone potrà volare, per quanto abile sia il suo partner.

Terzo segreto. Tutta l'arte dell'aquilone sta nel filo che lo unisce alla mano del conduttore. Il filo, che nella metafora rappresenta la relazione, è quello che permette all'aquilone di mantenere il giusto assetto di volo. Un aquilone nel vento, senza filo, si innalza e poi cade, come una foglia d'autunno. Le foglie svolazzano e cadono perché non hanno filo che le aiuta a fare la giusta resistenza al vento e quindi innalzarsi e mantenersi in volo. Senza legami solidi e basi sicure di attaccamento, la persona è come una foglia in balia del vento. Nel caso degli aquiloni, il filo va tenuto saldamente e la sua tensione va regolata continuamente, con le dita. Le mani devono essere sensibili. Se il filo è lasco va recuperato, se teso va lasciato. La continua regolazione della tensione del filo permette la salita dell'aquilone e garantisce che non si creino strappi. La relazione educativa, come la dinamica del filo che permette il volo dell'aquilone, è fatta da una grande sensibilità, capace di cambiamenti continui, calibrati sull'altro e sul contesto. Tendere, allentare, rilasciare gradualmente allungando sempre più il filo: si tratta di un'arte sottile. Nel caso dell'aquilone, la regolazione del filo richiede di esserci, osservare il volo, sentire le sue vibrazioni trasmesse dal filo. Così nella relazione educativa. Ciò che è richiesto è ascolto, osservazione, calibrazione delle proprie azioni in funzione delle incertezze e degli slanci altrui. L'aquilone, in questo senso, è molto diverso da un oggetto passivo, manipolabile e controllabile: è una realtà con sue particolari esigenze e potenzialità, che manda continui feed-back al suo part-

ner di terra sul suo rapporto con il vento, durante il volo. Un soggetto anche capace di raggiungere vette che la persona, a terra, non potrà mai raggiungere. Non per niente l'aquilone, inventato nel 400 avanti Cristo, in molte culture è venerato e caricato di valenze sacre.

CONCLUSIONI

Con quest'ultimo esempio abbiamo provato a chiudere il cerchio del discorso. Volendo discutere di relazioni umane, se queste sono descrivibili linguisticamente come "con-legamenti", è necessario conoscere l'immaginario connesso alle metafore cui rimandano le parole metaforizzanti di "legamento". Bisogna anche distinguere, nei singoli e nell'immaginario collettivo, tra le immagini diffuse con prevalente valenza positiva e quelle con valenza negativa. Eventualmente poi proporre letture alternative, fortemente radicate nell'esperienza corporea, per facilitare re-framing in ottica terapeutica. Nel caso della relazione educativa, la metafora ben articolata dell'aquilone è un esempio di come si possa parlare di calibrazione contingente e interazione reciprocamente orientata, facendo perno sulle competenze immaginative. Sebbene questa metafora manchi di reciprocità, enfatizzando il punto di vista del conduttore-educatore, essa può esemplificare la necessità del mutamento di punto di vista, come avviene in ogni azione di reframing. Il limite delle metafore risiede nel fatto che, ovviamente, esse sono solo pallide approssimazioni della realtà. In questo caso, ad esempio, l'immagine lascia irrisolto il tema della separazione, ipotizzando la necessità strutturale di un qualche legame tra chi vola e chi agisce da terra. Focalizzando l'attenzione sull'interazione tra oscillazioni

dell'aquilone, movimenti della mano e variazioni del vento è possibile tuttavia rendere concreta e "incarnata" l'astratta teoria delle relazioni umane come funzioni matematiche che descrivono le co-occorrenze e le sequenze intrecciate tra comportamenti-emozioni e processi cognitivi.

Bibliografia

- Anolli, L., Ugazio, V. (1984). *Per un'analisi della dinamica della relazione di potere*. Milano: Giuffrè. In: Quadrio A. (a cura di), *Psicologia politica*. Milano: Giuffrè.
- Bakerman, R., Quera, V. (1995). *Analyzing Interaction: Sequential Analysis with SDIS and GSED*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Barker, P. (1987). *L'uso della metafora in psicoterapia*. Roma: Astrolabio.
- Bauman, Z. (2008). *La solitudine del cittadino globale*. Milano: Feltrinelli.
- Boscolo L., Bertrando P., Fiocco P.M., Pereira J.,(1991). *Linguaggio e cambiamento. L'uso di parole chiave in terapia*. In *Terapia familiare*, N.37.
- Cacciari, M. (1991). *Teorie della metafora*. Milano: Cortina.
- Camaioni, L. (2003). *La Teoria della mente*. Roma: Laterza.
- Chase, R. (2000). *The Butterfly Peace garden: final report of a program Development and Research Project, 1998.2000* Ratmalana, Sri Lanka.
- Cigoli, V. (1997). *Intrecci Familiari*. Milano: Cortina .
- Costa, V. (2010). *Fenomenologia dell'intersoggettività. Empatia socialità, cultura*. Roma: Carocci.
- Devoto, G., Oli, G.C. (2007). *Il dizionario della lingua italiana*. Firenze: Le Monnier.
- Goffmann, E. (1969). *La vita quotidiana come rappresentazione*. Bologna: Il Mulino.
- Gordon, D. (1992). *Metafore terapeutiche*. Roma: Astrolabio.
- Grasso, M. (2010). *La relazione terapeutica*. Bologna: Il Mulino.
- Greco, O. Maniglio R (2011). *Genitorialità. Profili psicologici aspetti patologici e criteri di valutazione*. Milano: Franco Angeli.
- Laing, R.D. (2004 or. 1970). *Nodi*. Torino: Einaudi.
- Lakoff, G., Johnson, M. (1998). *Metafora e vita quotidiana*. Milano: Bompiani.
- Liotti, G. (2005). *La dimensione interpersonale della coscienza*. Roma: Carocci.
- Matarazzo O. Zammuner, V. L. (2009). *La regolazione delle emozioni*. Bologna: Il Mulino.
- Mele, S. (2010). *La relazione mente corpo. Embodiment, mindfulness, neurofenomenologia*. Roma: Libreria Universitaria.
- Norcross, J.H. (Ed.) (2011). *Psychotherapy relationship that work*. Oxford: Oxford University Press.
- Riva, G. (2011). *I Social network*. Bologna: Il Mulino.
- Rizzolati, G., Sinigaglia, C. (2006). *So quel che fai. Il cervello che agisce e i neuroni specchio*. Milano: Cortina.
- Santa Barbara, J. (2004). *The Butterfly Peace garden*. Croatian Medical Journal 45(2).
- Sbattella, F. (2001). *Dalla metafora dello smarrimento alla narrazione dei percorsi di vita: orientarsi narrando. Quaderni di Orientamento Anno XI, N. 18 pp.10-27*, Gorizia.
- Sbattella, F. (1997). *Aiutare ad aiutarsi*. Milano: Unicopli.
- Scabini, E., Cigoli, V.(2000). *Il familiare: legami, simboli e transizioni*. Torino: Cortina Editore.
- Sontag, S. (1989). *L'AIDS e le sue metafore*. Torino: Einaudi.
- Stern, D.N, (1987). *Il mondo interpersonale del bambino*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Viaro, M., Leonardi, P., Sbattella, F., (1984). *"Opposition und Obstruktionismus in der ersten Familiensitzung"* in: *Familiendynamik*, n.9, pp.255-277.
- Wallin, D.(2009). *Psicoterapia e Teoria dell'attaccamento*. Bologna: Il Mulino.
- Watzlawick, P., Beavin, J.H., Jackson, D.D. (1971). *Pragmatica della comunicazione umana*. Roma: Astrolabio.

La Tutela Minori con il contributo della Tavistock

Angela Infante*

Sommario

Il presente lavoro intende far luce sulle opportunità di intervento del modello Tavistock, con particolare riferimento alla tutela dei minori provenienti da famiglie i cui genitori soffrono di disturbo affettivo. Nell'articolo esaminato, verrà descritto un approccio che può essere utilizzato da genitori con disturbo affettivo per favorire la capacità di recupero emotivo dei loro bambini. Rischio e resilienza sono concettualizzati in termini di capacità di una famiglia di esprimere emozioni. A proposito, viene analizzato il caso specifico di un bambino che vive l'esperienza della depressione dei genitori.

Parole chiave:

Rischio, resilienza, depressione, modalità di intervento, famiglia, ruolo psicologo, contesto di dolore emotivo

Summary

This work want to shed light on the opportunities for intervention model Tavistock, with particular reference to the protection of children from family of sick parents. Examined in the article, we will describe an approach that can be used by parents with affective disorder to promote emotional resilience of their children. Risk and resilience are conceptualized in terms of a family's ability to process emotion or affect. By the way, will consider the specific case of a child who lives the experience of parental depression.

Key words:

Risk, resilience, depression, methods of intervention, family, psychologist role, the context of emotional pain

*Il anno - Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Sistemico Integrata

Introduzione

Come dice Mara Selvini Palazzoli: “La terapia Familiare è nata come Sfida alla Psicosi” (S. Cirillo, M. Selvini, 2002). La terapia familiare è un modello di intervento terapeutico che deriva dal meta-modello raggruppato nelle teorie sistemico-relazionali, che ha sviluppato concetti e pratiche nuove sul significato del disagio e dei sintomi psichici espressi dagli individui. Esistono modelli di intervento familiare anche di derivazione psicoanalitica, particolarmente sviluppati in Inghilterra (Tavistock Clinic), Francia (Kaes e altri), ed Argentina, che hanno preso particolare ispirazione, fra l'altro, dai modelli psicoanalitici di funzionamento dei gruppi (Wilfred Bion e altri) e dei gruppi familiari (Donald Meltzer e Martha Harris). Questo modello di intervento si è affermato a partire dagli anni cinquanta negli Stati Uniti prima e nell'Europa successivamente, diffondendosi in poco tempo. Inizialmente era rivolto alle famiglie di pazienti schizofrenici; molti terapeuti ritenevano infatti non soddisfacenti i risultati ottenuti attraverso la psicoterapia individuale o la psichiatria. La terapia familiare sposta la sua attenzione dal “membro” malato della famiglia a tutti i suoi componenti, rilevando come questi ultimi influenzino il comportamento del “membro” malato. La famiglia intesa come il sistema vivente di riferimento principale nell'esperienza emotiva di una persona, è il primo contesto esperienziale all'interno del quale i sintomi assumono una funzione precisa per il funzionamento relazionale del gruppo di persone che ne fanno parte. I conflitti che tengono a disgregare il sistema-famiglia creano una tensione emotiva che di solito viene vissuta in termini drammatici dal soggetto portatore del sintomo; egli si fa carico, attraverso la manifestazio-

ne dei sintomi, di distogliere i membri della famiglia dall'affrontare in modo manifesto le proprie difficoltà di relazione, accentrando l'attenzione su di sé. In questo elaborato si cercherà di dare un cenno sul modello Tavistock, con particolare riferimento alla tutela dei minori provenienti da famiglie di genitori con disturbo affettivo.

TAVISTOCK CLINIC: IL MODELLO

Il modello Tavistock non è un sistema teorico chiuso ed onnicomprensivo, non si propone una spiegazione integrale dei fenomeni e dei processi istituzionali e non si contrappone, né intende sostituirsi alle più note e collaudate concezioni sulla gestione aziendale o sulla psicologia e sociologia del lavoro e dei processi industriali. Basato su una “teoria clinica” dell'organizzazione, tale modello di riferimento studia in particolare gli aspetti emotivi irrazionali e inconsci del comportamento degli individui e dei gruppi all'interno di una istituzione, e il modo in cui influenzano il funzionamento dell'istituzione stessa e la sua capacità di realizzare il proprio compito primario, la qualità delle relazioni tra i suoi membri e di quelle tra l'organizzazione e l'ambiente esterno, la capacità delle persone di lavorare creativamente e di gestirsi nel proprio ruolo, sia esso quello di leader, di collaboratore o di consulente. Il tipo di apprendimento proposto nel “paradigma Tavistock” è di tipo esperienziale, ossia basato sull'esperienza dal vivo dei processi gruppali e istituzionali vissuti nel qui-e-ora dai partecipanti. Il modello Tavistock si costituisce essenzialmente: come metodo di analisi delle istituzioni a scopi di ricerca o di diagnosi organizzativa; come strumento per la formazione di operatori, tecnici e dirigenti che lavorano nelle istituzioni; come tecnica di consulenza alle orga-

nizzazioni in difficoltà e ai loro membri. Nella Tavistock Clinic tre sono i contesti specifici di riferimento: un servizio familiare in un ospedale psichiatrico ad Oxford (dal 1987 fino al 2005); un servizio per bambini, adolescenti e genitori affetti da problemi psichiatrici nel "Child and Family Department" della Tavistock Clinic; il progetto "Kids Time Workshops" per genitori e bambini, collegato a gruppi per "Young Carers". In tale modello vengono proposti vari interventi psicosociali con gli adulti, come per esempio, gli interventi Psicoeducativi (Falloon, Leff, Fedden) per ridurre l'Expressed Emotion, qui di solito non si prevede la partecipazione dei pazienti; gli interventi familiari (Burbach e Stanbridge, Somerset) in cui si prevede la partecipazione dei pazienti; gli interventi con pazienti e famiglia in crisi; ed i "Multy-family groups" (Asen, McFarlane).

Gli interventi familiari sono quelli in cui dopo svariati colloqui fatti con i terapeuti familiari, ci si rende conto che i pazienti vogliono parlare delle preoccupazioni per i bambini e gli stessi pertanto poi verranno inclusi nella terapia.

Nella maggior parte dei pazienti, sono soprattutto le madri ad essere preoccupate della questione di fare bene o fare male nel ruolo genitoriale ed inoltre sono prese dalla paura che la loro malattia abbia potuto danneggiare i propri bambini.

Il motivo, per cui, nella terapia si chiede di coinvolgere anche i bambini è perché gli stessi interpretano i ruoli di responsabilità e, talvolta, assumono il ruolo genitoriale; i bambini ignorano sovente le cause e il significato della malattia; gli stessi spesso divengono gli esperti della malattia, nel senso che possono predire le ricadute, si trovano quindi in una posizione di avere responsabilità ma allo stesso tempo si ritrovano in uno

stato di impotenza. I rischi di incidenza di malattia che si possono avere per i bambini i cui genitori sono affetti da malattie mentali, sono che per un terzo c'è la probabilità che i bambini svilupperanno problemi psichiatrici, un altro terzo svilupperà problemi emotivi di natura meno seria, l'altro terzo non mostra nessun problema emotivo né comportamentale (Adrian Falkov, 1998).

Nel prossimo paragrafo, prenderò in esame un articolo, di uno studio fatto su come favorire la resilienza relazionale nelle famiglie con disturbo affettivo, in cui si parlerà dell'esperienza vissuta da un bambino con genitori affetti da depressione.

LA RESILIENZA

In questo articolo si descrive un approccio che può essere utilizzato da genitori con disturbo affettivo per favorire la capacità di recupero emotivo dei loro bambini. Sulla base di ricerche in corso, che sottolinea la necessità di formulare concetti di rischio e di resilienza, in termini di processi familiari o relazionali, si propone, che i genitori affetti da disturbo affettivo siano in grado di promuovere la resilienza nei loro figli, aiutandoli ad esprimere l'affetto che sperimentano a causa di una malattia dei genitori, esaminando i loro comportamenti.

Rischio e Resilienza sono concettualizzati in termini di capacità di una famiglia di esprimere emozioni: una famiglia che non esprime affetto costituisce un fattore di rischio, mentre la capacità di una famiglia di esprimere affetto, incoraggia la resilienza relazionale, a proposito viene utilizzato un modello di relazioni oggettuali per discutere il modo in cui favorire questa elaborazione di affetto. Vengono, inoltre, descritti i modi in cui un intervento preventivo contribuisce ad aumentare la reattività emotiva dei geni-

tori nei confronti dei loro figli.

Verrà usata un'ampia documentazione di interviste-followup fatte con bambini e famiglie in cui i genitori sono affetti da disturbo affettivo, documentate da più intervistatori in un arco di tempo di 5 anni.

Nei precedenti articoli (Focht e Beardslee, 1996), si è discusso dei modi in cui, in famiglie i cui membri soffrono di disturbo affettivo abbiano tentato di nascondere i loro sintomi alla famiglia e agli amici, e di come ancora per certe culture costituisca un tabù parlare di malattia affettiva. Il risultato è stato che i figli di genitori depressi e maniacali non hanno avuto la possibilità di poter parlare del loro disagio personale nel vivere tale esperienza, non avendo alcuna informazione circa il comportamento strano dei loro genitori (Linde, 1993). Nel linguaggio corrente della narrativa, sulla teoria della terapia, il dominio di - non ancora detto - sembra essere adeguato per questi bambini. In risposta al senso pervasivo di stigmatizzazione delle malattie mentali, e l'impossibilità di poter parlare delle stesse, è stato sviluppato per queste famiglie un intervento preventivo per aumentare la comunicazione tra genitori e bambini, in cui il dialogo possa essere visto come uno degli aspetti primari curativi di questa terapia a breve termine.

Rischio e Resilienza: negli ultimi dieci anni c'è stata una vasta gamma di ricerca che ha tentato di elaborare e rendere operativi i concetti di rischio e resilienza. Uno dei risultati di questa ricerca sui concetti di rischio e resilienza, è stato uno sforzo per sviluppare interventi efficaci che promuovono la resilienza individuale, definito come lo sviluppo di competenze nonostante le avversità. Formulazioni più recenti di rischio e di resilienza hanno spostato il focus della

ricerca dall'individuo alla famiglia.. Walsh (1996, 1998), per esempio, ha ridefinito il termine di resilienza per includere il potenziale riparativo delle famiglie (1996. p.262). Andando oltre le caratteristiche positive delle persone, Walsh chiama resilienza relazionale, i dettagli di funzioni importanti, di protezione dei genitori e familiari nel migliorare le circostanze avverse.

Come nota Egeland (1993), la resilienza è concepita non come dato per l'infanzia, ma come una capacità che si sviluppa nel tempo nel contesto persona - interazioni ambientali (p.517). Questa ricerca sottolinea i diversi modi di percorso per entrambi i risultati di adattamento e disadattamento (Egeland et al., 1993, p.517), ed evidenzia, in particolar modo negli studi di resilienza, l'importanza di caregiving di supporto nel processo di protezione (p.525).

Precedenti ricerche di Hauser, Jacobson e Wertlieb (1985), hanno introdotto il concetto che il rischio e la resilienza deve essere considerato come l'interazione tra diversi fattori primari, come per esempio, i processi di sviluppo, un importante fattore di stress e famiglia (p.82). Hauser nella sua ricerca, ha cercato gli aspetti dell'ambiente familiare che possono servire come funzione protettiva, e le variabili specificamente mirate nell'interazione della comunicazione familiare (p.91), tutti dati che prima sono stati ignorati nella letteratura. Qui si cercherà di delineare un tipo di interazione familiare che può avere una funzione di protezione per i bambini a rischio; si vuole fare una combinazione tra un focus sulla resilienza familiare e un modello terapeutico tratto dalla teoria delle relazioni oggettuali. La guida nella ricerca di principi che potrebbero essere utili per le famiglie è data dalla vasta clinica descritta da Goldner (1998, p.268), in cui

vengono messi a confronto diverse teorie e concetti, da ciò si deduce che i percorsi multipli per la salute emotiva si possono trovare sia in famiglia che in teorie orientate individualmente. Dalla combinazione di ciò che è stato appreso circa la resilienza familiare, con lo studio fatto dai teorici sull'individuo circa lo sviluppo affettivo in rapporto con l'oggetto, si può essere in una posizione migliore per articolare dei modi specifici in cui i genitori possono aiutare i loro figli a riprendersi da esperienze difficili.

Tuttavia, ad oggi, sembra che ci sia stata poca collaborazione tra la maggior parte della ricerca sul rischio e resilienza e lo studio dei teorici sullo sviluppo affettivo tramite relazioni oggettuali. Il focalizzarsi sull'affetto è diventato il tema fondamentale di attuali teorie della psicoterapia, orientate sia alla famiglia che al lavoro psicoanalitico, e nelle teorie delle relazioni oggettuali.

In un recente articolo in cui si descrive un intervento di risoluzione dei conflitti per i genitori e i loro figli adolescenti, Diamond e Liddle si sono concentrati sui conflitti di attaccamento tra genitori ed adolescenti, il loro intervento è stato quello di spostare il focus della terapia, dal comportamento alla conversazione, di modo che, si potesse discutere dei conflitti relazionali tra genitore e adolescente e potessero emergere sentimenti idonei.

In più di venti anni Pennebaker (1990), ha condotto studi e ha fatto ricerche sia sui rischi che l'inibizione emotiva può provocare sulla salute, sia sui benefici che si possono avere pur trattando di esperienze dolorose e traumatiche. Da tali studi risulta che, la famiglia, i sistemi della teoria psicoanalitica, come la ricerca clinica, dimostrano la crescente attenzione che viene posta sulla espressione emotiva, considerata come

una componente importante della salute fisica e psichica.

Utilizzando la teoria dell'oggetto relazionale di Stolorow e Atwood (1992), si cercherà di evidenziare una dimensione relazionale e affettiva, applicata ai modelli di rischio e resilienza. Stolorow e Atwood (1992) dimostrano che l'inibizione di affetto è la chiave principale del fattore di rischio per i bambini affetti da queste esperienze emozionali; essi utilizzano l'articolo chiave del Balint "La Buona Conoscenza" (1969) in cui si parla del contesto relazionale del trauma. Stolorow e Atwood sostengono che i bambini sono a rischio per il loro sviluppo se non riescono ad esprimere emozioni dolorose e a disconoscere la vulnerabilità, perché queste reazioni di afflizione non sono accolte favorevolmente e né consentite dai loro caregivers. Il punto di vista del Balint è che l'afflizione dei bambini è causata spesso dai familiari; Stolorow e Atwood infatti sostengono che il rischio per i bambini può essere diminuito se il contesto all'interno del quale si vive l'esperienza del dolore è cambiato.

Descrizione dello Studio: la tesi centrale di quest'articolo è l'esperienza dello stress emozionale dei bambini come risultato dell'affetto dei genitori. La malattia affettiva può essere alleviata se c'è un contesto ricettivo per la loro esperienza dolorosa, questo, però, se i genitori sono disposti ad accettare e convalidare la reazione del dolore dei loro bambini, anche se essi stessi hanno causato il dolore. È stato utilizzato il lavoro di Stolorow e Atwood perché questo rappresenta il nuovo paradigma emergente che Mitchell e Aron chiamano "Psicoanalisi Relazionale", un modello che integra tradizioni di relazioni di obiettivi, self-psicologico, femminismo e costruzione sociale.

Stolorow e Atwood usano l'idea del Balint

nel contesto della sofferenza emozionale ed usano anche particolari rilevanti del Progetto d'intervento Preventivo. La loro teoria implica che il rischio per i bambini i cui genitori soffrono di disturbo affettivo, può essere diminuito se i genitori sono disposti a discutere della loro malattia all'interno della famiglia.

La depressione è caratterizzata quasi sempre da uno squilibrio nel genitore responsabile, sottoposto ad un'eccessiva attività, paradossalmente quando i genitori notano reazioni nei loro bambini, in essi stessi è crescente la loro sintonizzazione emotiva.

Una teoria di relazioni di aiuto, che mostra, come sono stati limitati nel tempo gli interventi centrati sulla famiglia, e come l'intervento preventivo può cambiare il contesto familiare all'interno del quale i bambini sperimentano il loro dolore emotivo, aumentando in essi l'elasticità emotiva.

L'intervento preventivo è un progetto di ricerca che è cresciuto al di fuori della domanda, concentrato su una veduta transizionale del rischio e di elasticità nei bambini di genitori ammalati affettivamente. Originariamente, l'intervento familiare, è stato sviluppato per fornire alle famiglie informazioni circa i sintomi della depressione, come pure per le caratteristiche di rischio ed elasticità nei bambini; esso nasce da un modello di Sanità Pubblica che ha sottolineato l'importanza della sensibilizzazione della depressione, ed è stato progettato per essere una prova di efficacia di un breve periodo, fondata sulla famiglia e sull'intervento psicoeducativo. Le caratteristiche delle famiglie studiate, vengono dallo studio fatto su classi sociali bianche.

Una parte di valutazione di questo intervento è concentrato sui figli adolescenti di genitori affetti da disturbo affettivo per

vari motivi; in primo luogo, all'interno di un gruppo i cui rischi sono ben noti, un bambino con genitori affettivamente malati, ha il 40% di possibilità di sviluppare un disturbo affettivo all'età di 20 anni, rispetto ad un rischio di 20-25% nella popolazione generale, questo è il gruppo considerato a più alto rischio d'incidenza che possa presentare problemi durante lo sviluppo.

In secondo luogo, viene presa in considerazione la prima adolescenza, che è un momento critico in cui i bambini cominciano a separare i loro sentimenti e comportamenti da quelli dei genitori, ma è anche un momento in cui sono abbastanza grandi per capire e integrare le informazioni, circa la malattia mentale. Infine, è stato necessario studiare solo un'età di sviluppo, al fine di raccogliere dati omogenei, per una valutazione a lungo termine dell'efficacia dell'intervento. Lo studio è stato centrato sulla famiglia, perché si era già a conoscenza, che le famiglie manifestano sia fattori di rischio che di protezione per la vita dei loro figli. L'intervento iniziale con la famiglia consisteva di 6 o 10 sedute in cui il medico lavorava con i genitori per:

- valutare le caratteristiche di rischio e di resilienza nei loro bambini;
- per preparare e tenere una riunione di famiglia.

L'obiettivo di questa prima riunione era quello di far conoscere di più fra loro genitori affetti da disturbo affettivo e i propri bambini, a tutta la famiglia venivano dati informazioni sui sintomi e sulle cause del disturbo affettivo. Sono state spiegate specifiche caratteristiche di resilienza, i genitori sono stati apertamente incoraggiati ad aiutare i loro figli a parte, facilitando il coinvolgimento con i coetanei nelle attività fuori-casa.

Questo incontro, fu idealmente, l'inizio di un

processo in cui i genitori a poco a poco aiutano i loro figli a sentirsi più sicuri e più liberi di esprimere le emozioni precedentemente inespresse.

Il dialogo è stato articolato in due modi: per prima, bisognava incentivare i genitori a continuare a parlare con i loro figli, in secondo luogo, si hanno le interviste follow-up che fanno parte del protocollo di ricerca. Un medico o chiama o risponde ad ogni coppia di genitori circa ogni anno, per offrire loro una consulenza in corso per quanto riguarda i bambini.

Questo incontro è seguito da un'intervista con il gruppo di valutazione che raccoglie dati attraverso protocolli formalizzati da entrambi i genitori e i bambini. Molti dei fattori protettivi che i genitori possono fornire ai bambini, sono stati trattati in altri articoli precedenti (Bear, Swatling, Hoke, et al. 1998), essi includono il coinvolgimento in relazioni e attività fuori-casa, come pure la capacità di capire e non incolpare sé stessi per la malattia del padre (Beardslech e Podorefsky, 1988). La comprensione di tutto ciò è migliorata grazie ad una vasta gamma di narrativa, che parla di sintomi specifici della malattia, come il ritiro o l'irritabilità (Focht et al.). È proprio grazie all'esperienza fatta con i bambini, che si è riscontrato nei genitori una forte ansia ed angoscia nel parlare della loro malattia, l'obiettivo di questo articolo è quello di capire e documentare le risposte emozionali dei bambini che hanno genitori affetti da disturbo affettivo. A proposito verranno fatti questi rilevamenti: turni di monitoraggio nell'espressione degli affetti del bambino su tre rappresentative, utilizzando i dati longitudinali, interviste follow-up, cercando di identificare quali siano i fattori che bloccano o facilitano la risposta emotiva del bambino. La capacità del bambino di poter

esplicitare le proprie emozioni sulla malattia dei genitori, è vista come una condizione necessaria che affermi che la malattia è presente nel proprio nucleo familiare, infatti la comunicazione tra i genitori e figli è da considerare un buon indicatore di espressione emozionale all'interno della famiglia. La premessa che ne viene è che è più sano per i bambini con i genitori affetti da disturbo affettivo, poter comprendere, articolare e sentire quali sono gli effetti del comportamento negativo dei loro genitori su di essi, anziché essere lasciati in disparte e dover vivere poi in una confusione che potrebbe influenzare le loro scelte e relazioni per il resto della loro vita.

Il contesto di dolore emotivo: nel contesto di essere: "La fondazione intersoggettiva della vita Psicologica"(1992), Stolorow e Atwood usano l'idea del Balint "del contesto relazionale del trauma", per descrivere un processo in cui un adulto di fiducia allevia sia le cause che lo stress potenzialmente traumatico in un figlio a carico. Il punto è che il contesto in cui il bambino sperimenta lo stress è cruciale nel determinare se tale fattore di stress si evolverà in un trauma psichico. Se il padre non riesce a soddisfare i bisogni del proprio figlio, sia attraverso stimolazione, negligenza o reiezione, lo stesso genitore avrà l'opportunità di porre rimedio a questa mancanza fornendo alcuni riconoscimenti e comfort per il disagio del bambino.

In altre parole, se un genitore può essere in grado di rispondere alle esigenze di suo figlio per una riconnessione di fiducia, dopo una sorta di dolorosa esperienza emotiva, la capacità di risposta positiva modificherà il contesto e quindi modificherà il successivo sviluppo dello stato emotivo del bambino. Tuttavia, se un bambino percepisce

che i suoi sentimenti dolorosi e reattivi sono dannosi per il caregiver, si difenderà nel sequestrarli al fine di preservare il legame necessario.

Questi forti sentimenti inespressi diventano una fonte di conflitto di lunga vita interiore e di grande vulnerabilità allo stress traumatico. Steven e Mitchel, in "concetti Relazionali in Psicoanalisi" (1988), riprendono la suddetta necessità del bambino, per rispecchiare il comportamento del genitore al fine di mantenere una connessione con loro. Mitchel rileva che la motivazione centrale nell'esperienza umana è il ricercare e il mantenimento di un intenso legame affettivo con un'altra persona.

Il bambino impara una modalità di connessione, e queste modalità apprese sono disperatamente mantenute per tutta la vita; diventando come i genitori depressi, il bambino conserva un forte legame con loro. Molti bambini esaminati in questo studio, hanno descritto la propria reazione alla depressione della madre, dicendo: c'era un limite per la mia felicità (p.27). Un altro bambino ha spiegato che, quando sua madre era depressa, tutta la casa era più cupa. Questa teoria suggerisce che i figli di genitori depressi imparano a tacere e soddisfare le loro esperienze alle esigenze inesprese del loro genitore emotivamente vulnerabile. Anche se le esigenze specifiche dei genitori affettivamente malati non sono quasi mai esplicitate, i bambini percepiscono che i loro genitori sono sopraffatti e che proprio il loro disagio potrebbe essere il colpo di grazia trasmesso alla loro madre che potrebbe tornare in ospedale.

Questi bambini così palesano la necessità di esprimere le proprie paure, la rabbia, la delusione, se hanno intenzione di rompere il ciclo distruttivo, per cui rispecchiano il ri-

tiro con i genitori al fine di preservare una connessione con loro. Paradossalmente, c'è un processo parallelo in corso con i genitori emotivamente sopraffatti, essi sentono che la loro angoscia è negativa per i loro figli, che essi stessi sono negativi, definendosi "tossici" e si allontanano dai loro figli per proteggerli da loro stessi. Muoversi verso i propri figli durante o dopo momenti di estremo disagio è così contro intuitivo, che, il bambino poi rispecchia spesso il ritiro del genitore, quindi, diventa fondamentale per le famiglie offrire un contesto alternativo, all'interno del quale si può tranquillamente rivolgersi verso altri che si trovano in difficoltà.

L'importanza di modificare il contesto in cui si sperimenta la malattia viene sottolineato da Stolorow e Atwood quando affermano che, l'infanzia non deve essere sottovalutata da esperienze pregiudizievoli e da perdite, per esempio, di per sé non deve essere traumatica o patogena, condizione questa che si verifica all'interno di un ambiente reattivo, il dolore non deve essere considerato come una patologia. Stolorow e Atwood sottolineano che è fondamentale articolare, convalidare ed entrare in empatia con gli stati affettivi dolorosi, molti dei pazienti analizzati soffrono di un senso primario di incertezza circa la realtà dell'esperienza interiore; per loro il riconoscimento, l'articolazione degli stati affettivi vagamente sentiti o le percezioni, sono particolarmente significativi. Si cerca di evitare che il dolore emotivo diventi una patologia psicologica nei figli di genitori malati affettivamente, invitando a riconoscere le reazioni emotive di un bambino, dall'irritabilità o indisponibilità dei suoi genitori depressi, aiutandoli così a non bloccarsi emotivamente. Si aiutano i genitori a verificare la validità dell'esperienza

percettiva del loro bambino, riconoscendo i dati precedentemente non detti di malattia correlata e di dolore emotivo; parlando al bambino, lo si aiuta a diminuire il mirroring distruttivo verso i sintomi di un genitore, quali il ritiro o l'affetto mancante.

Ciò rappresenta l'inizio di una sintonia, se il genitore non può essere disponibile, può dire almeno di riconoscere e prevedere la necessità del bambino di avere qualcuno disponibile. In questo intervento, i genitori sono aiutati a rassicurare i loro figli che la connessione tra di loro sarà mantenuta nonostante lo stress vissuto durante gli episodi di malattia.

Infatti, parlare con i propri figli della malattia emotiva o del dolore, è di per sé espressione di connessione maggiore, verso una svolta, piuttosto che lontana, fino a quando il genitore è altrettanto ricettivo nel sentire le reazioni del bambino e fino a che lui o lei vuole sapere o tollerare i segnali del bambino in esame. La struttura dell'intervento fornisce l'autorizzazione palese come pure il contesto sicuro per un racconto reciproco di esperienze emotivamente dolorose.

A seguire verrà analizzato uno dei tre casi che sono stati esaminati in questo lavoro, tutti e tre i casi sono stati riassunti da più di 6 anni di dati di valutazione e di intervento follow-up. Le interviste follow-up sono state programmate con la famiglia e i bambini, circa una volta all'anno, e consistono di una riunione o chiamata da parte del terapeuta, seguita da un colloquio di valutazione formale.

Questa valutazione è basata su protocolli standard di ricerca così come di un'intervista creata appositamente per questo intervento a tempo indeterminato; l'intervista semistrutturata con i bambini o SCI invece misura i cambiamenti del comportamento e

l'atteggiamento che derivano dalla partecipazione all'intervento.

CASO CLINICO: PETER

Peter aveva 12 anni, era il maggiore dei 4 figli quando la sua famiglia ha iniziato il progetto. Egli era come sua madre, intelligente, divertente, e timido. Ha studiato molto bene in accademia, era un musicista di talento, i suoi genitori e fratelli facevano affidamento sulla sua presenza molto responsabile e calma. La madre di Peter, Giulia, ha avuto una lunga storia di depressione, che è incominciata in parte come risposta per essere stata abusata sessualmente da un suo fratello. Per molti anni, Giulia, ha cercato di agire come se l'abuso sessuale non fosse mai accaduto, non lo ha mai detto a nessuno nella sua famiglia e ha tentato di nascondere successivamente i sintomi della depressione ai suoi figli. Infatti Giulia e suo marito Sam, in seduta parlarono a lungo di un'eredità di famiglia tenuta nascosta e che nascondeva qualcosa di negativo o socialmente inappropriato.

Giulia e Sam si sono offerti come volontari per il progetto, in seguito Giulia ha avuto un episodio particolarmente grave con un flashback dell'abuso, e fu in grado così di capire i sintomi di irritabilità, di tristezza estrema e della sua enorme fatica.

Al momento che hanno partecipato all'intervento, la famiglia di Peter, sentiva che i loro problemi andassero oltre la depressione. Giulia aveva iniziato una terapia farmacologica, aveva trovato un farmaco antidepressivo, che la faceva sentire più ottimista, più affettiva, e sembrava che la sua depressione peggiore fosse ormai dietro le spalle, un episodio da non ricordare. Purtroppo, l'ottimismo e l'azione costruttiva di Giulia non hanno potuto evitare il ripetersi di

episodi di grave depressione. Approssimativamente, circa un anno dopo l'incontro tra i terapeuti e la famiglia, Giulia fu ricoverata presso un ospedale psichiatrico per diverse settimane, perché lei stava in continuazione avendo flashback del suo abuso sessuale e si sentiva suicida.

Intervento: durante il primo incontro, Peter fu molto ansioso, sembrava costretto a rimanere fedele ai suoi genitori, fornendo solo lunghi elenchi dei loro attributi positivi; aveva una gran confusione circa i sintomi della depressione di Giulia, sembrava voler mantenere ben saldo ciò che sapeva di sua madre anche da sé stesso. Il terapeuta gli chiese se potesse descrivere la depressione in generale, lui rispose dicendo che la depressione può essere descritta come, quando una persona è infelice più di quanto si dovrebbe essere, quando non è più energica e si mostra disinteressata, e quando ha un'espressione del viso sempre triste. Tuttavia, però, Peter ha negato che sua madre mostrasse uno di questi segni, infatti disse che fu molto sorpreso quando la madre gli disse che era stata depressa, perché lui in lei non ha mai notato un comportamento strano e diverso.

Peter concluse la prima intervista dicendo: "non capisco la depressione!!". Adottando il modello familiare, poi ha detto che questa intera conversazione era stata molto intima, e che non è stato facile poter discutere con chi non facesse parte della stessa.

Nel corso della successiva riunione con la famiglia, la discussione si è incentrata sul comportamento specifico che i bambini avranno notato in Giulia durante il suo ultimo episodio di depressione. Sam e Giulia, hanno ricordato ai bambini che, quando Giulia era depressa, non cenava quasi mai con loro la sera, e che nonostante avesse

accanto degli amici che venivano ad aiutarla con i bambini, lei era sempre irritabile. Come ad essi sono stati dati spunti circa i sintomi di Giulia, Peter e i suoi fratelli sembravano ricordarsi sempre più, ad un certo punto Peter ha detto: "non ho fatto mai prima, questa connessione".

Dal momento in cui sia stata data una nuova informazione circa il comportamento di sua madre, Peter è stato in grado di connettere tutte le precedenti e vaghe impressioni che aveva di sua madre, leggendo il tutto ora sotto una nuova chiave e ricordandosi sempre più dei vari comportamenti anomali.

Quando Peter fu intervistato, era subito dopo questa riunione di famiglia, e fu descritto come serio ed inquieto, dati rilevati dal punto di misura T2 da protocollo di ricerca. Sebbene, abbia detto che si sentiva a disagio a parlare della depressione della madre, egli ha anche riconosciuto che aveva imparato molte più cose sulla depressione ed aveva capito il perché di tali atteggiamenti della madre, come lo stare sempre nella sua stanza. Peter ha detto che i sintomi di Giulia avevano messo un limite alla felicità, egli si è potuto rendere conto così che quando Giulia era depressa tendeva a rimanere sempre in casa e non aveva più voglia di uscire.

In occasione del successivo incontro, oltre un anno dopo, Giulia era stata ricoverata in ospedale ed aveva trascorso diversi mesi in trattamento, ed ha descritto i fattori che hanno contribuito a questo evento del tutto inatteso, sottolineando che è cresciuta molto isolata in una famiglia di molte persone, ed ha avuto poco contatto con la vita reale. Essendo stata abusata nel bel mezzo di quella vecchia casa, così definisce la sua famiglia, Giulia ha dato credito all'intervento

per essere aiutata a superare l'isolamento all'interno della sua famiglia attuale. Dopo avere esplicitato il fattore che ha portato alla sua depressione, Giulia ha provato un enorme senso di sollievo, perché poteva vedere che l'esperienza vissuta dai suoi figli era totalmente diversa dalla sua. Sam ha detto che il ricovero di Giulia, non è stato così spaventoso come sarebbe potuto essere se i bambini non avessero avuto informazioni dall'intervento in atto che si stava facendo con la famiglia, è stato molto riconoscente nei confronti dei terapeuti, che abbiano scelto di parlare con i bambini del ricovero di Giulia.

Tuttavia, Sam ha anche capito che i suoi figli erano stati molto confusi dalla depressione di Giulia e che avevano trovato difficoltà a capire la differenza tra l'essere lunatico e l'essere depresso. Egli ha anche palesato che i due figli più grandi con i quali non ha mai avuto una discussione, non riuscivano ad interagire con la propria madre, pur mostrandosi lei una persona divertente, luminosa, loro si sentivano bloccati da lei.

L'ipotesi di Sam riguardo l'angoscia che Peter ha sentito, è stata confermata dai rapporti di Peter nel corso degli anni successivi e di come lui si sia trovato poi più a suo agio a parlare della depressione di sua madre.

Follow-up: la paura di Peter di riconoscere le conseguenze di questa malattia della madre, è stata illustrata inizialmente dal suo bisogno di prendere le distanze da esso stesso.

Quando fu intervistato nell'anno in cui la madre fu ricoverata (ora ha 14 anni), Peter sembrava essere in generale più rilassato, andava bene a scuola, aveva molti amici ed è stato coinvolto in molte attività. Tuttavia, egli rimase molto protettivo quando si trat-

tava di parlare di sua madre. Alla domanda, quali eventi stressanti si sono verificati all'interno della famiglia nell'ultimo anno, Peter ha risposto, parlando della perdita di 3 gatti ed uno di essi doveva essere dato al rifugio perché aveva problemi di comportamento. Egli ha negato che fosse stato influenzato dalla malattia della madre, infatti, disse che il ricovero della madre non ha avuto nessun impatto su di lui, perché le cose non cambiano quando la madre è depresso.

Questa volta Peter, descrisse la depressione in termini molto clinici, dicendo che si trattava di uno stato fisico di squilibrio chimico; quando gli fu chiesto dai terapeuti cosa fosse per lui la depressione quando la madre era depresso, Peter acutamente ha rivelato la sua propria confusione ed angoscia, infatti iniziò a dire che la madre sembrava un po' stanca, disinteressata a tutto ciò che accadeva, che sembrava ci fosse freddo attorno a lei, ma non era così, che lui si preoccupava ma non era un qualcosa che rimaneva sempre, entrò in confusione. Alla fine di questa intervista, Peter ha riconosciuto che questo progetto lo aveva aiutato a trovare un modo per poter capire cosa fosse la depressione, e a capire che la madre era malata. Nel corso degli anni successivi, e dopo il recupero di Giulia, Peter era sempre più in grado di parlare con la madre delle sue reazioni; si ricordò, per la prima volta che si sentiva preoccupato e triste per Giulia, e che avrebbe voluto tirarla su di morale, ma non poteva. Egli ha detto che la depressione di Giulia ha influenzato l'umore di tutta la famiglia, il fatto che si isolasse, che non volesse più uscire, di non sedersi più a tavola e cenare con loro, causava un forte disagio a tutti.

Quando Peter incontrò di nuovo i terapeuti, aveva 18 anni, affermò che ha dovuto ri-

flettere tanto su tutto il processo di venire a conoscenza della malattia della madre, sottolineando che ci sono voluti molti anni per capire cosa fosse successo; infatti disse che crede che sia solo di recente che abbia cominciato a capire il tutto, perché è un processo veramente lungo, mai affrontato mentre la stava vivendo.

Il padre, disse qualcosa quando senti dire da Peter che aveva compreso la depressione della madre, e che non aveva capito fino adesso quale sia stato l'effetto emotivo su di lui.

Egli disse che ha realizzato solo a posteriori, quanto gli mancasse la madre quando era depressa, il loro legame era diventato più forte proprio perché gli era mancata, quando il terapeuta gli chiese se si fosse reso conto della sua mancanza mentre tutto stava accadendo, Peter rispose che forse non l'ha fatto e che crede sia quello poi che è successo.

A questo punto, diversi anni dopo l'intervento fatto sulla famiglia, tutti i bambini palesavano di voler parlare con il padre del ricovero della loro madre. Peter ha detto che tali discussioni sono alquanto rivelatorie, ed ha anche detto che da quando si sentiva più a suo agio di parlare con la madre della propria esperienza di vita, gli sembrava strano sentire il padre parlare della malattia della madre.

Egli, in un certo senso, fu grato che era stato costretto a continuare a parlare della depressione di sua madre, durante le interviste follow-up periodiche del progetto, disse che questo tipo di interviste gli hanno dato la forza di guardare indietro e di conoscersi meglio. Peter ha trovato all'inizio molto fastidiose queste valutazioni, perché gli venivano fatte domande sulla madre molto sconvenienti e lui non aveva voglia di

affrontare tale problema, ora però ha capito che la depressione non capita a tutti, e si rende ora conto, di quanto abbia influito su di lui il fatto che la madre abbia sofferto di depressione.

Egli ha detto pure che avrebbe preferito parlare ancora di più con la famiglia, e si lamentava che l'intervista non fosse abbastanza ordinaria, che queste discussioni non erano diventate mai una routine di vita familiare. Come Peter è diventato grande, è andato in giro per il mondo, mettendo a confronto lo stile della sua famiglia con le altre, si è anche reso conto che la sua famiglia in realtà non parla di cose, come la depressione o le emozioni, egli ha capito che sono come si dice: "piuttosto private".

CONCLUSIONI

Da questo intervento fatto sulla famiglia, si deduce che Peter e sua madre, erano e sono, molto vicini e sono caratterialmente adatti l'uno all'altro, si divertono insieme e sono buoni amici. Attraverso le varie interviste si è riusciti a sapere quanto Peter fosse preoccupato, spaventato, e rattristato dalla depressione della madre e che gli mancava terribilmente quando stava male. Tuttavia, la sua capacità di articolare questo dolore emotivo non era evidente durante l'esperienza reale; lentamente si è evoluto e si sono avute risposte positive da parte sua. I dati narrativi di follow-up ci permettono di vedere come le risposte di Peter sono passate da una costrizione iniziale ad una elaborazione finale. Il suo dolore per l'espressione fredda e disinteressata della madre è evidente nelle sue prime descrizioni contraddittorie, della depressione della madre, del tipo : è un problema, ma non è.

Giulia e Sam, hanno cambiato il contesto in cui i loro figli sperimentano la depressione

di Giulia, superando la riluttanza nel parlare di loro e modificando i loro comportamenti, entrambi divennero sostenitori dell'idea che è meglio esternare atteggiamenti prevalentemente non detti e sentimenti di depressione, e non tenere nascosta quell'eredità di famiglia che ti porta ad isolarti dalla stessa. Hanno aiutato Peter a rimanere in questo progetto di ricerca anche se si sentiva spesso fastidiosamente a disagio; essi gli hanno dimostrato che pur essendo separati può tranquillamente mantenere ancora lo stretto rapporto che ha avuto con la madre. Non avrà più bisogno di usare la sua energia per evitare di pensare a questi problemi o di nascondersi perché, come disse il padre: nascondere è faticoso.

Da tutto ciò descritto si può dedurre quanto importante sia stata in questo caso la terapia familiare, e quanto importante sia rendere consapevoli e partecipi i bambini della malattia di un proprio genitore, tutelandoli da quella che potrebbe essere la causa di allontanamento e di sentimenti inespressi nei confronti dei genitori e nello stesso tempo tutelando il loro sviluppo psicofisico. La strada da utilizzare è quella di fondare una vera collaborazione per capire insieme, ed insieme umilmente, per tentativi ed errori, cercare di trovare la strada per aiutare il proprio figlio, partendo dalla condivisione della sua sofferenza, per arrivare a sostenerlo nei cambiamenti possibili.

Bibliografia

- Cirillo, S. (2005). *Cattivi Genitori*. Milano: Raffaello Cortina.
- Cirillo, S., Selvini M. (a cura di) Sorrentino (2002). *La terapia familiare nei Servizi psichiatrici*. Milano: Raffaello Cortina.
- Ghezzi, D., Vakilongia, F. (a cura di) (1996). *La Tutela del Minore. Protezione dei bambini e funzione genitoriale*. Milano: Raffaello Cortina.
- Stolorow, R., Atwood, G.(1992). *Context of being: The intersubjective foundations of psychological life*. Hillsdale NJ: The Analytic Press.
- Linde, C.(1993). *Life stories: The creation of coherence*. New York: Oxford University Press.
- Walsh, F.(1996). *The concept of family resilience: Crisis and challenge*. Family Process 35: 261-281.
- Walsh, F.(1998). *Strengthening family resilience*. New York: Guilford Press.
- Balint, M.(1969). *Trauma and object relationships*. International Journal of Psychoanalysis 50: 429-435.
- Egeland, B., Carlson, E. e Sroufe, A.L.(1993). *Resilience as process*. Development and Psychopathology, 5: 517-528.
- Focht, L., Beardslee, W.R. (1996). *Speech after long silence: The use of narrative therapy in a preventive intervention for children of parents with affective disorder*. Family Process 35: 407-422.



La presa in carico delle famiglie con un bambino con DSA: una ri-lettura in chiave sistemica

Manuela De Matteis*

Sommario

La trattazione propone una rilettura sistemica del momento storico nel quale stanno tentando di incontrarsi la comunità scientifica che si occupa di Disturbi Specifici dell' Apprendimento e le famiglie con bambino con tale disturbo. Le riflessioni si concentrano sul significato di apprendimento che veicola ciascun sistema implicato nella diagnosi di DSA e la richiesta di "presa in carico" integrata, sempre meno implicita, che le famiglie pongono al clinico.

Parole chiave:

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

Summary

The discussion proposes a systemic reading of the historical moment where, the scientific community that deals with Learning Disabilities and families with a child with this disorder, they are trying to meet each other. The discussions will focus on the significance of learning that carries each system involved in the diagnosis of LD and, the family's demand of "taking charge" in an integrated way that they asking to the clinician.

Key words:

System, anorexia, family's semantic polarities, relational patterns, semantic of power

*Il anno - Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Sistemico Integrata

PREMESSE SUL SISTEMA OSSERVANTE

Con il termine Disturbo Specifico dell' Apprendimento (indicati con l'acronimo DSA) si intende un disturbo che coinvolge uno specifico dominio di abilità, lasciando intatto il funzionamento intellettuale generale, interessando le competenze strumentali degli apprendimenti scolastici.

Le definizioni accreditate da Hammill (1990) in seguito all'accordo raggiunto da numerose associazioni di ricerca e intervento nell'ambito dei disturbi dell'apprendimento viene definito in questi termini:

“un gruppo eterogeneo di disturbi manifestati da significative difficoltà nell'acquisizione e nell'uso di abilità di ascolto, espressione orale, lettura, ragionamento e matematica, presumibilmente dovuti a disfunzioni del sistema nervoso centrale. Possono coesistere con i DSA problemi nei comportamenti di autoregolazione, nella percezione sociale e nell'interazione sociale, ma non costituiscono di per sé un DSA. I DSA possono verificarsi in concomitanza con altri fattori di handicap o con influenza estrinseca (culturali, d'istruzione, ecc.) ma non sono il risultato di quelle alterazioni”.

La Consensus Conference, conferenza di consenso che ha visto riuniti i maggiori esperti tra le figure coinvolte nel “sistema DSA”, aggiunge inoltre che “i fattori ambientali - rappresentati dalla scuola, dall'ambiente familiare e dal contesto sociale - si intrecciano con quelli neurobiologici e contribuiscono a determinare il fenotipo del disturbo e un maggiore o minore disadattamento” (Consensus Conference 2007). Tale documento sottolinea che “una caratteristica rilevante nei DSA è la comorbilità”. È frequente infatti accertare la compresenza nello stesso soggetto di più disturbi specifici dell'apprendimento o la

compresenza di altri disturbi neuropsicologici (come l'ADHD, disturbo dell'attenzione con iperattività) e psicopatologici (ansia, depressione e disturbi della condotta).

Il DSA ha per il soggetto un importante impatto sia a livello individuale, con un abbassamento del rendimento scolastico e /o un prematuro abbandono scolastico nel corso della scuola secondaria di secondo grado, sia a livello sociale, con una riduzione della realizzazione delle potenzialità sociali e lavorative dell'individuo.

FAMIGLIE “ENATTIVE”

“Ogni evento è letto dall'interprete secondo un sistema di attribuzioni di senso, costituito e supportato da un preciso apparato ideologico ed epistemologico”.
(Barbetta P., Benini P., Naclerio R.)

Parole come disordini evolutivi, alterazioni funzionali, profilo cognitivo, trattamento, strumenti compensativi e dispensativi, fattori di esclusione-inclusione (ai fini diagnostici), sono ormai parole ad “alta frequenza d'uso”, non solo per chi si occupa di DSA, ma anche per le famiglie che irrompono in questa realtà spesso confuse e dubbiose. Queste famiglie giungono ad una consulenza, nella maggior parte dei casi, sollecitate dagli insegnanti che segnalano loro, le difficoltà specifiche del bambino osservate in classe. Il punto cruciale è che in diversi casi le strategie compensatorie per far fronte alle difficoltà percepite, messe in atto dal bambino a scuola e a casa, discordano tra loro. I genitori osservano il figlio studiare con grande sforzo tra le mura domestiche, motivati dalla presenza di un adulto significativo, spesso la madre, che non può in alcun modo deludere. Mentre lo stesso bambino a scuola viene descritto dagli insegnanti come svogliato e facilmente distraibile. In altri casi il

bambino con l'implicita richiesta di attenzione può attivare comportamenti che possono essere percepiti di disturbo dalla classe; con l'obiettivo di distogliere proprio quell'attenzione vissuta da lui come eccessiva e spostarla in un altro ambito, dove sente di aver un grado di competenza e controllo maggiore e che può scegliere di modulare in relazione alle risposte del contesto. Per queste ragioni appare di estrema importanza capire i significati che spingono i genitori di un bambino segnalato dalla scuola a rivolgersi ad uno specialista, in particolar modo quando gli inviati sono terzi (le insegnanti). Intorno alle famiglie, in queste situazioni, gravitano spesso pensieri confusi e discordanti e domande come: "Ma si può guarire dalla Dislessia?", "Secondo lei l'insegnante ha ragione?", "Potrebbe essere a causa della nostra separazione?", "Devo lavorare tutto il giorno e non ho tempo di seguirlo e lui a casa non fa nulla se non ci sono io..come devo fare?", "Lo tengo a finire i compiti dopo cena perchè è importante che capisca che deve imparare ad organizzarsi, se non impara ora quando lo farà?", "Si innervosisce se lo aiuto nello svolgimento dei compiti e mi aggredisce verbalmente, come posso fare?".

Queste famiglie sono spesso implicate nel processo del "rendersi competenti", ad informarsi sulle difficoltà presentate dal proprio figlio non più solo nel ruolo di genitore, ma anche come "addetto ai lavori".

Siamo in un momento storico delicato per quanto riguarda la politica italiana scolastica e sanitaria, infatti si sta delineando il contesto operativo, indirizzato a rendere quanto più "protocollabili" le procedure da seguire. La promulgazione della Legge n° 170 del 8 ottobre 2010 (Nuove norme in materia di disturbi specifici di apprendimento in ambito scolastico) nasce con l'obiettivo di tutelare i soggetti

con DSA definendone i diritti e indica iniziative e misure necessarie per un'adeguata promozione dello sviluppo delle caratteristiche comuni al DSA. La Consensus Conference, si iscrive in questo particolare contesto sociale e culturale, di aperto dibattito scientifico.

UNO SGUARDO SISTEMICO AI DSA

L'ambito dei disturbi specifici dell'apprendimento (DSA) rappresenta una delle principali difficoltà con le quali si trovano attualmente a confrontarsi quei bambini che, quotidianamente a scuola, sperimentano "il peso" della diagnosi, per i significati impliciti, e non, che questa porta.

Questi aspetti li ritroviamo nella relazione con i compagni, nell'approccio allo studio, nelle modalità con le quali si muovono verso il nuovo a fronte di ripetute esperienze di insuccesso. Anche di grande energia, da dover investire per contenere la curiosità che, da sola però, sembra non bastare per rimanere all'interno delle "aspettative attese per un Q.I., adeguato per l'età cronologica". Allo stesso modo le famiglie si trovano come sistema a doversi riorganizzare al proprio interno, sia per ciò che lo "standard" richiede al bambino in termini di prestazione scolastica sia per la perturbazione che spesso una diagnosi di questo tipo porta. Anche il sistema scuola, inteso come sistema didattico-educativo, deve riorganizzarsi dall'interno, basti pensare al ruolo cruciale ricoperto dall'insegnante, che potrebbe negoziare il significato di apprendimento con le famiglie.

Secondo il punto di vista batesoniano, in un'ottica di seconda cibernetica, l'interazione umana si caratterizza dal senso e dalle modalità di azione di ogni attore - osservatore implicato. Questo genera modelli imperfetti che rendono la comunicazione condivisibile e co-appresa.

In relazione a quanto detto l'apprendimento è un prodotto, una parte dell'infinita possibile relazione di con-cause e con-effetti comunicativi, relazionali e esperienziali. Ogni apprendimento rappresenta un passo verso una relazione della rete che genera percorsi possibili: "In questa rete il processo emergente è, quindi, l'apprendere (come gerarchie degli apprendimenti locali intrecciate in una storia), e, come per il comunicare, esso comprende costitutivamente il non-apprendere e i apprendimenti. (W. Fornasa, G. Vadalà, 2010). E ancora vengono così mantenute vive quelle "notizie di differenze" (di cui diagnosi e inattesi educativi fanno pur parte) che ridefiniscono continuamente il gioco di luci e ombre del "normale" spostandone il confine di senso, significato e cultura: la difficoltà, la differenza, la discontinuità, non solo sono utili, ma necessarie".

In questa accezione il "non-apprendimento", "riporta ad alcune considerazioni piagetiane sul fatto che il non-apprendimento è comunque un'informazione importante sullo stato evolutivo del sistema, in particolare quando questo dà vita a strategie autocorrettive" (W. Fornasa, G. Vadalà, 2010), dando molte più informazioni sul sistema evolutivo che non la sola notizia di un raggiungimento di performances (J.Piaget, 1964) cioè il suo apprendimento. Il processo di co-adattamento (l'intelligenza in senso piagetiano) persegue obiettivi di equilibratura che alimentano il processo stesso, e che non si esauriscono nel raggiungimento di un punto di equilibrio standard. In relazione a queste premesse nessuno dei sistemi che ruotano intorno al bambino con DSA ha valore secondario nel processo di presa in carico integrato e di rete.

I COLORI DI A.

Vi presento la famiglia T. al primo colloquio ci

sono tutti: A. con il papà e la mamma.

A. è un bambino di 8 anni e frequenta la III elementare. La famiglia T chiede una consulenza psicologica per il figlio su invio dell'insegnante, motivata dalle difficoltà riportate da A. negli apprendimenti scolastici. La famiglia T è molto preoccupata. È la madre soprattutto che lo esplicita sia con il canale verbale che analogico. Ci tengono subito a spiegarmi che non hanno deciso di non rivolgersi al servizio pubblico territoriale perchè vogliono che la situazione "rimanga nella privacy"; teme infatti che questo possa a loro insaputa usare i dati del figlio e "se ne sentono tante in giro" spiega la signora T.

Ho la sensazione che la famiglia sia arrivata con molte perplessità rispetto la segnalazione dell'insegnante, vincolati ad attivarsi dalla paura del giudizio esterno (la scuola) sulle loro competenze genitoriali "Vogliamo fare tutto quello che c'è da fare per A" mi dice. La signora T mi riporta che l'insegnante vede il rendimento di A poco adeguato rispetto alla media della classe. Quando chiedo loro quale idea si fossero fatti come genitori degli aspetti riferiti dall'insegnante, mi rispondono che non sono d'accordo poiché non vedono un "reale problema" nel figlio ma si fidano molto di lei e questo li ha spinti ad attivarsi.

I genitori ritornano immediatamente sul racconto degli aspetti performativi scolastici di A: "Non abbiamo osservato particolari difficoltà durante lo svolgimento dei compiti anche se non ama leggere ma come tanti altri bambini...", attenendosi alla sola lettura e scrittura di ciò che gli viene chiesto dalla scuola.

Raccolte le informazioni anamnestiche richieste dalle linee guida per i DSA, cerco di concentrarmi sugli aspetti relazionali per farmi un'idea di A e della sua famiglia, insieme nella quotidianità. Chi fa i compiti con lui? Con chi si riferisce maggiormente durante la setti-

mana? Porta avanti qualche attività oltre alla scuola nel pomeriggio? Com'è A al di là della scuola? Quali sono le loro aspettative su di lui?

I genitori descrivono A come un bambino appassionato di costruzioni, molto creativo; trascorre infatti gran parte del suo tempo solo a giocare. Per queste ragioni la madre si trova ogni volta in difficoltà a motivarlo a iniziare i compiti e la sua imposizione è spesso oggetto di conflitto tra loro.

Riferisce che A. all'inizio dell'anno scolastico si ambienta inizialmente "in modo graduale", ha bisogno di essere accompagnato e spronato, "e poi va". Questa modalità è presente anche in altri contesti e più in generale nelle relazioni.

A. intanto ascolta le descrizioni della mamma con molta attenzione, rimane tutto il tempo seduto sulla sedia senza intervenire in nessun modo, con lo sguardo rivolto verso il basso, intervallando con un'ispezione visiva dello studio.

La mamma racconta che A. non ha problemi a socializzare, anche in classe, ma difficilmente si reca a casa dei suoi compagni al pomeriggio per giocare, preferisce che siano loro a venire a casa sua.

Chiedo anche al padre di raccontarmi qualcosa di A., non aggiunge nulla, mi dice "concordo con quanto riferito da mia moglie".

La signora per tutta la durata del colloquio appare molto ansiosa di capire "se c'è o meno un problema in A." ed è soprattutto lei che parla con me, spesso iniziando a rispondere ancora prima di ascoltare la fine della domanda; il padre al contrario si mostra attento e presente alla situazione ma non dice nulla se non interpellato, con risposte sintetiche e visibilmente in imbarazzo.

Chiedo ai genitori di uscire e ad A. se vuole stare con me a fare qualche disegno. Per il

primo colloquio vorrei poter creare insieme ad A. un contesto in cui possa sentirsi a suo agio. Lo vedo molto coartato e il mio obiettivo è che possa dare il meglio delle sue capacità. Partire con una valutazione intellettuale ho paura possa confondergli i contesti, come se con me debba dimostrare qualcosa altrimenti riceve un "voto negativo". A. è d'accordo a lavorare con me ma non che i genitori escano. Così accompagno tutta la famiglia nella sala d'attesa, rassicuro A. che se avesse bisogno di loro saranno lì ad aspettarlo.

Inizio a conoscere A. che si presenta a me come un bambino molto disponibile e adesivo. Fatica un po' a stare seduto sulla sedia. Appena siamo rimasti soli, tira subito fuori i quaderni di scuola dalla cartella per farmeli vedere, gli do un'occhiata veloce per farmi un'idea, ma davanti a lui non mi soffermo troppo, lo ringrazio per avermeli voluti far vedere e passo ad altro. Gli chiedo se gli piace disegnare e se ha voglia di farmene uno a suo piacere per presentarsi. Disegnare è la sua passione e disegna due montagne con due camion che stanno scalando le ripide pareti per arrivare in cima e "tagliare tutti gli alberi"; gli chiedo come mai dovessero andare a tagliare gli alberi e lui mi risponde: "così dopo possono ricrescere". La sua presentazione mi incuriosisce molto, così gli chiedo di disegnare una famiglia di persone. Rappresenta per prima una famiglia immaginaria: sono sagome prive di particolari, ma colorate, ogni membro con il suo colore specifico disposte nel seguente ordine madre – padre – nonno(materno) – A. – nonna (materna). Questo tipo di strumenti si rivelano utili per acquisire informazioni sia rispetto le competenze visuo-spaziali (come organizza le figure all'interno dello spazio-foglio, la cura o meno dei dettagli nel riprodurre le figure umane, i dettagli di contesto), sia sul piano relazionale-

famigliare (dove si colloca il bambino, come si rappresenta e come rappresenta gli altri, con quali caratteristiche distintive, vicino a chi). Emerge rispetto quest'ultimo punto la relazione significativa di A. con i nonni materni di cui mi parlerà anche in seguito. Anche i genitori affronteranno l'argomento a proposito del ruolo dei nonni, percepito come intrusivo nella relazione tra loro e il figlio.

Gli chiedo infine di disegnarci la sua famiglia reale. Il disegno è ricco di particolari di sfondo e la famiglia è chiusa tra le 4 mura della casa che sfiorano il bordo del foglio. A. si disegna per primo insieme alla mamma, poi il papà per ultimo un po' distanziato dalla famiglia con il viso collerico e il tratto più scuro e calcato, spicca inoltre, anche per altezza sui due. Il colloquio è finito ma chiede di poter fare un ultimo disegno. Gli chiedo allora di disegnare una figura umana maschile. Rappresenta il nonno materno, che osservo essere molto presente nelle sue produzioni grafiche.

A. mi racconta che il nonno è molto presente nella sua vita; con lui trascorre la maggior parte del tempo, al termine della scuola. Racconta che gli vuole molto bene perché gli compra tutto quello che vuole. In un secondo momento riferisce di condividere con lui la passione per i disegni, con il quale ne fa tanti e con lui può esprimere le sue attitudini e la sua curiosità per tutto ciò che concerne il costruire/ditruggere/ri-costruire. Il nonno costruisce "omini di pezza" e lui ne è molto affascinato, insieme al nonno giocano spesso insieme.

Chiamo i genitori con i quali condivido l'entusiasmo con il quale il tema del nonno era emerso e la sua passione per il disegno. La madre mi conferma che A. si riferisce in particolar modo al nonno. È il nonno che si fa carico di andare a prenderlo a scuola perché lei fa il possibile ma a casa si percepisce poco

presente. Prosegue "la sera quando rientriamo io e mio marito A. ci chiede di giocare con i burattini a noi fa molto piacere, ma non ne siamo capaci, non fa per noi". Ci salutiamo ma sull'uscio dello studio mi chiede: "Cosa ne pensa? Come l'ha visto?".

Oltre alla preoccupazione palpabile osservo che è presente una grande discrepanza tra come hanno costruito la presentazione del figlio, vissuto come il prototipo del "bravo bambino" e, il messaggio che trapela dal versante analogico, il dubbio che quest'aspettativa possa essere tradita. Inoltre durante il momento di condivisione finale con i genitori, ho assistito ad una trasformazione di A. che da "bravo bambino", ha iniziato ad essere irrequieto, richiamando l'attenzione dell'adulto, mettendo le scarpe sulla sedia, agitandosi per la stanza. Il signor T., nel frattempo, esterno alla situazione di condivisione con la moglie, cerca di contenerlo senza riuscire a calmarlo. Concordiamo insieme ai genitori tempistiche e modalità circa il percorso di accertamento diagnostico, cosa comprende, con quali finalità e il mio approccio integrato di intervento. La volta successiva accompagnano A. il padre e la nonna materna.

A. porta con sé la cartella anche se non viene da scuola. Gli chiedo come è andata l'ultima volta al suo rientro a casa e mi riferisce che "è andata benissimo" perché alla cena, la famiglia allargata (madre, padre, nonna materna e nonno materno) era tutta presente e hanno giocato tutti insieme. Mi racconta che anche il giorno successivo, ripensando al momento trascorso, è stato felicissimo. Gli ho chiesto se aveva parlato di ciò che avevamo fatto, se i genitori gli avessero chiesto qualcosa, ma A. mi ha risposto che non gli hanno chiesto nulla anche se avrebbe voluto. Alla mia domanda: "Perché secondo te non ti hanno chiesto nulla?", A. mi risponde: "Perché abbiamo gio-

cato insieme!” e si rivolge nuovamente alla cartella per tirare fuori i libri.

Penso a quanto sia strutturata l’idea che sia qui per valutare unicamente le sue competenze intellettivo-scolastiche, idea mutuata dalle premesse con cui negli anni si è inquadrato l’ambito dei DSA.

Così decido insieme a lui di mettere la cartella da una parte, separata da noi, tentando di ridefinire simbolicamente le premesse del contesto. “Qui possiamo fare insieme anche altro” gli dico. A. annuisce sollevato e, con queste nuove premesse, iniziamo la valutazione intellettuale.

Non mi soffermo sulle osservazioni quantitative emerse dai test previsti per la valutazione neuropsicologica che non rappresentano il focus delle mie riflessioni; ma sull’osservazione qualitativa utile a trarre informazioni sulle modalità di A. di fronte ad una richiesta performativa. Osservo che pensa a lungo alle risposte che non conosce e si scoraggia quando lo invito a non preoccuparsi, a comunicarmi se incontra qualcosa che non sa. Al contrario è molto impulsivo quando sa le risposte tanto da fornire risposte errate anche quando le conosce. Ho la sensazione che la sua concentrazione è comprensibilmente tesa a mostrarsi un bambino bravo e preparato.

A. si mostra sempre molto adesivo, difficilmente dice no o mi contraddice. Ha la tendenza a giudicare facile ciò che riesce a fare e difficile ciò che non riesce a fare e lo verbalizza ogni volta. “Ah ma questo è facilissimo!” mi dice frequentemente.

Durante un momento di pausa nuovamente riavvicina la cartella da cui estrae solo l’astuccio. Anche la scorso incontro aveva usato i suoi colori nell’astuccio per colorare e così gli propongo di lasciarlo sul tavolo, di prendere ciò che desiderava dalla cartella da tenere vicino e il resto di rimetterlo al suo posto, di-

stanti da noi. Estrae tre astucci pieni di penne e colori. Il resto non ha avuto problemi a lasciarlo nella cartella che non ha più cercato per tutto il resto dell’incontro. Lo invito a prendere lo spazio che vuole sulla scrivania (sembrava si sentisse con poco spazio e tante cose da sistemare). Occupa in effetti gran parte della scrivania.

L’ultima parte dell’incontro la dedichiamo disegnare. Gli chiedo di disegnare una figura umana femminile e disegna la nonna materna imbronciata senza occhi con un accenno di collo e dei capelli in testa ricci di un rosso fuoco (non nella realtà).

Chiamo i familiari presenti per concordare il prossimo incontro. Mi riferisco al padre anche se la nonna prende molto spazio nella conversazione tanto che, a tratti, quasi mi riferisco più a lei. Chiedo anche al padre come ha visto A. dopo il nostro primo incontro e gli riporto l’entusiasmo del figlio riferito al bel momento di condivisione avuto giocando tutti insieme. Il signor T. mi risponde lusingato: “Stiamo sempre tutti insieme”. Nel frattempo A. alterna momenti in cui si rivolge al padre dandogli ordini senza trovare la sua considerazione, a momenti in cui lo accarezza in testa e gli sta vicino.

Agli incontri successivi A. è accompagnato dai nonni materni. Mi anticipano ogni volta che è molto stanco o perché la sera prima, sono andati a letto tardi o perché prima di arrivare hanno fatto i compiti scolastici. Mi chiedono di ridurre il tempo dell’incontro.

Non posso non osservare che man mano che si avvicina la data della restituzione la famiglia compatta mi vuole comunicare qualcosa, forse il timore che, a quella domanda posta nei termini di “c’è un problema o non c’è un problema in A”, inizia ad essere sempre più presente e vivida, vicina al realizzarsi, una risposta.

Durante l’ultimo incontro, A. fatica in effetti

a mantenere la concentrazione, sbadiglia, a stento tiene la testa dritta; lo devo sollecitare più volte per motivarlo. Decidiamo di interrompere la valutazione perché il livello di attenzione è molto scarso e i familiari sono già arrivati, con largo anticipo.

Condivido con il Signor T. l'andamento della visita e chiedo di poter concordare un'altra data, prima della restituzione, per concludere le mie valutazioni. Riferisce che deve consultarsi con la moglie poiché la gestione organizzativa degli appuntamenti è per loro piuttosto impegnativa. Si concorda che mi chiamerà la moglie per accordarsi su una data.

Ho l'impressione che l'aggiunta di un altro incontro gravi pesantemente sulla famiglia. La mia domanda è: l'impegno è solo organizzativo?

Rivedo per l'ultima volta A. per concludere la valutazione.

A. è molto concentrato e disponibile. Mi chiede se "possiamo disegnare un po'" e accolgo con piacere la sua richiesta.

Ho molte domande che mi girano in testa, colgo la fatica di A. a sostenere l'aspettativa dei genitori, che sento pressante. Gli chiedo di disegnare "qual è il suo desiderio più grande". Lui si disegna conducente del camion della nettezza urbana che pulisce la cenere di un paese in subbuglio. Mi chiedo "Chi sono i ladri? Sono dei forestieri o sono gli stessi che vivono nel paese che stanno distruggendo?" e "Chi vive in questo paese?" A. appare, durante la sua spiegazione, fermo e deciso.

Gli chiedo allora di disegnarci cosa sia per lui la Tristezza. È in punizione "perché ha fatto il matto". Gli chiedo cosa significasse per lui "fare il matto"; mi risponde che non sa, ma che aveva fatto qualcosa che non doveva fare e il padre lo ha punito per questo. Gli chiedo se fa qualcosa per rimediare, se cerca il padre per avere spiegazioni e lui mi risponde "no",

che preferisce stare da solo e arrabbiato.

Mi chiede di fargli fare un altro disegno, siamo in chiusura dell'incontro, ma sento che ha voglia di dirmi delle cose. Disegnammi "cos'è per te la felicità". Si rappresenta con il padre mentre fanno insieme l'Albero di Natale. Si trovano dentro le mura domestiche e non posso fare a meno di notare che quando si rappresenta con la sua famiglia i confini sono ben definiti. Ci salutiamo e lo ringrazio per tutti i disegni che ha voluto mostrarmi. Gli uomini di pezza che voleva mostrarmi e con cui ama tanto giocare col nonno non li ha mai portati, chiusi, forse, anche loro, dentro i confini della famiglia.

Al colloquio di restituzione è presente la coppia genitoriale. La mamma è preoccupata. Inizio condividendo gli aspetti emotivi emersi dagli incontri con A.: vorrei distendere il clima, che sento teso, come se si aspettassero il peggio, come se quello che sto per dire è la realizzazione di tutte le loro preoccupazioni.

Dalla valutazione testistica emerge una diagnosi nell'ambito dei DSA. Le considerazioni che ho fatto in seguito al quadro qualitativo e quantitativo emerso dai test è di un bambino coartato e inibito aspetto che a mio avviso si è riversato anche sugli aspetti performativi e di approccio al compito in generale. Sottolineo gli aspetti di resilienza che porta A., espressi nella sua grande curiosità e sensibilità. La sensazione è quella che A. debba essere sempre all'altezza di qualcosa. Il momento dei compiti, che la signora T. riporta come elemento di grande criticità in famiglia, è per lui un incontro con le sue competenze e le aspettative della madre che definisce suo figlio "perfetto". Credo che sia proprio l'idea di perfezione tradita agli occhi della madre dalla diagnosi a gravare su A.

Con queste ipotesi in testa, tento di contenere l'ansia della madre sulla prognosi del

DSA, negoziando il significato che ha una diagnosi in termini formali. “La diagnosi è per noi uno strumento da utilizzare con la scuola per favorire il benessere di A.”; un documento da usare strategicamente con la scuola per metterlo nelle condizioni di rendere al meglio, attraverso le misure compensative e dispensative previste dalla legge. La mamma continua a chiedermi consigli educativi e pratici di approccio al figlio, ho l'impressione mi stia chiedendo di essere ancora contenuta. Mi chiede se guarirà, se potrà fare l'università come ha fatto lei.

Siamo alla fine del colloquio di restituzione e mi chiedo sempre di più a quale livello mi stanno facendo una richiesta, la stessa che rifuggono. “Cosa possiamo fare come famiglia?” da una lato e “La nostra famiglia è perfetta!..Così come nostro figlio” dall'altra.

Li rivedo all'incontro a scuola con l'insegnante per condividere il progetto su A. e per negoziare suo ruolo. Perfezioniamo insieme il Piano Didattico Personalizzato, trovo importante che la scuola possa sentire la co-responsabilità per una buona e funzionale “presa in carico”. La scuola è molto collaborativa. Anche l'istituzione scolastica può “prendersi cura” nei suoi tempi e contesti dei bambini e delle loro famiglie. La mamma esce serena dall'incontro..

...LA FAMIGLIA T.

Si rifà sentire un anno dopo. Nel frattempo la regione Emilia-Romagna del “post Legge 170” crea percorsi e linee guide sempre più rigide e restrittive per i privati che si occupano di DSA. Mi chiama la signora T. per un adeguamento della diagnosi richiesto dall'Ausl di riferimento. Il suo livello d'ansia al telefono è palpabile, le sue peggiori paure rispetto la privacy vengono completamente aperte da una lettera ricevuta, firmata da professionisti che

lei non ha mai visto. Mi chiede perché mai la diagnosi sia finita in Ausl, qual è la richiesta che stanno facendo alla famiglia: “Non è che verranno usati in qualche modo questi dati dall' Ausl? Teme che sia da rifare tutto il percorso, vissuto da lei con molto apprensione. Le chiedo di incontrarci per parlarne vis a vis “sono molto impegnata”- mi dice. Riesco a concordare un incontro al quale si presentano entrambe i genitori. Spiego loro tutto il processo di burocratizzazione che sta creando il “post legge 170”, come si sta muovendo l'Emilia-Romagna, con quali obiettivi, qual è il loro ruolo di famiglia in questo contesto e quale quello del professionista. Gli lascio il documento con l'adeguamento e a parte un foglio con dati e procedure relative a come “chiudere la questione” e gli stampo la “legge 170” perché possano loro stessi farsi loro stessi un'idea. Ho l'impressione che siano più sereni e li sento agganciati.

La mia domanda è: “Cosa si sta chiedendo alle famiglie?” e mi interrogo su cosa posso fare come psicoterapeuta sistemica.

RIFLESSIONI CONCLUSIVE “SULLE PRESE IN CARICO”

In relazione a quanto esplicitato dalla legge 170/2010 Art. 3 comma 1: “La diagnosi dei DSA è effettuata nell'ambito dei trattamenti specialistici già assicurati dal Servizio sanitario nazionale a legislazione vigente ed è comunicata dalla famiglia alla scuola di appartenenza dello studente. Le regioni nel cui territorio non sia possibile effettuare la diagnosi nell'ambito dei trattamenti specialistici erogati dal Servizio sanitario nazionale possono prevedere, nei limiti delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente, che la medesima diagnosi sia effettuata da specialisti o strutture accreditate” sono le Ausl di riferimento che dovrebbero farsi ca-

rico della “pratica DSA” in via ufficiale e, a ciascuna regione è stato delegato il compito di regolarne, in relazione alle risorse sanitarie presenti sul territorio, il buon funzionamento (chi fa cosa, dove, con quali procedure). Ai professionisti che operano in ambito privato viene chiesto di operare con estremo rigore, seguendo protocolli e procedure sempre più “uniformanti”. Allo stesso tempo, credo lasci spazio allo psicoterapeuta che opera in questo settore, di integrare quegli aspetti dei quali, il servizio sanitario, non può farsi onere e non possono entrare in fedeli percentuali statistiche di ricerca che permetterebbe a tali aspetti di entrare nelle evidence based.

Le politiche sanitarie fanno principalmente riferimento ad un modello medico, la cui premessa teorica è quella di “applicare una terapia efficace su un particolare organo, senza occuparsi del resto dell’organismo” (Marzocchi, 2011). In relazione alle riflessioni portate in questo articolo, il “prendersi cura” del bambino si organizza come un approccio integrato e continuativo sui sistemi nei quali inter-agisce, quali la scuola e in primis la famiglia, con l’obiettivo di migliorarne la qualità di vita, lo stato di benessere e la realizzazione percepiti. Secondo le linee guida riportate nelle Raccomandazioni Cliniche per i DSA aggiornate al PARCC nel 2010 i DSA richiedono una presa in carico che si realizza in un progetto specifico. Parlando di età evo-

lutiva e di questo tipo di disturbi, il progetto deve integrare la rete sociale di relazioni nella quale il bambino è inserito e non può ridursi unicamente all’intervento sui sintomi, non trattandosi di una “patologia” che impedisce di integrarsi nel proprio contesto di vita, o di un “organo malato”. Se da un lato il modello medico nosografico risulta più facilmente intellegibile dai genitori e dagli insegnanti (a sintomo corrisponde un’etichetta) aiutandoli nell’individuazioni di uno specialista che tratta quella “patologia” in modo specifico, dall’altro, forse, non risponde ai bisogni effettivi degli attori coinvolti.

Solo il mare, può darci le informazioni necessarie, il feed-back indispensabile per correggere la direzione intrapresa, diceva Bateson (1976) per riferirsi ai meccanismi di feedback, ovvero di retroazioni che fungono da vero e proprio termostato per i sistemi. Anche Watzlawick (1971) parlando di sistemi propone la contrapposizione tra interazione umana ed omeostato, chiarificando di come nel primo l’equilibrio, una volta raggiunto, viene mantenuto con comportamenti ridondanti, comportamenti che in un certo senso costituiscono la memoria storica dell’interazione, e che non si annullano in occasione di modificazioni che possono occorrere. Il sistema umano di interazione non riparte ogni volta da zero, ma mantiene le conquiste acquisite anche quando deve cercare altri equilibri.

Bibliografia

- Barbetta, P., Benini, P., Naclerio, R. (a cura di) (2003). *Diagnosi della diagnosi. Ricerca critico-interpretativa e categorie diagnostiche*. Guerrini e Associati.
- Bateson, G. (1976). *Verso un'ecologia della mente*. Milano: Adelphi.
- Cornoldi, C. (a cura di) (2007). *Difficoltà e disturbi dell'apprendimento*. Bologna: Il Mulino, Collana "Strumenti".
- Doris, J. (1986). *Learning Disabilities*, in: S. Ceci (a cura di), *Handbook of cognitive, social and neuropsychological aspects of learning disabilities*, vol.I, Hillsdale, N.J., Erlbaum, pp.3-53.
- Fornasa, W., Vadalà, G., (2010). *Dissipazioni educative ed ecologia della mente. Disabilità e competenza co-evolutiva*. In *Riflessioni sistemiche*, Rivista Italiana di Studi Sistemici, n. 2 anno 2010.
- Hammill, D. (1990). *On defining learning disabilities: An emerging consensus*. *Journal of Learning Disabilities*, 23, 74–84.

- Marzocchi, G.M. (2011). *La presa in carico dei bambini con DSA e ADHD. Costruzione della rete tra clinici, genitori e insegnanti*. Trento: Edizioni Erickon.
- Piaget, J., (1964). *Lo sviluppo mentale del bambino*. Torino: Einaudi.
- Watzlawick, P., Beavin, J. H., Jackson, D. D. (1971). *Pragmatica della comunicazione umana. Studio dei Modelli Interattivi delle patologie e dei Paradossi*. Roma: Astrolabio- Ubaldini.

Sitografia

Per le normative:

- http://www.aiditalia.org/it/normativa_nazionale.html
- http://www.airipa.it/disturbi_apprendimento/genitori_insegnanti.php
- http://www.aiditalia.org/it/circolare_dell_usr_dell_emilia_romagna.html
- http://www.aiditalia.org/it/circolare_emilia_romagna_4_9_2007.html



L'integrazione nell'affidamento familiare

Benedetta Colombari*

Sommario

L'esperienza d'affido è un'integrazione su diversi fronti, che mostra diverse chiavi di lettura appartenenti alla teoria sistemica. Questo elaborato nasce dall'osservazione e partecipazione ad un'esperienza di formazione su uno degli aspetti dell'affido: diventare genitori affidatari. L'affido stesso, può essere concepito come un sistema umano complesso che coinvolge bambino, famiglia di origine e affidataria. La struttura che connette i componenti di questo sistema sono i servizi. Attraverso la rete di operatori e professionisti che collaborano insieme si costruiscono le relazioni tra i protagonisti dell'affido: genitori e minori. La fiducia reciproca è fondamentale per raggiungere quella necessaria integrazione che permette di instaurare buoni affidamenti.

Parole chiave:

Affidamento familiare, integrazione, sistema, servizi, relazioni, fiducia

Summary

The foster care presents different point of integration belonging to a systemic theory.

This elaborated born from the observation on training's vocational about the way to became foster parent. The foster care is similar to a complex human system to involve children, natural family and foster family. The social and psychological services are the structure to connect the components of this system. The network of professionals contrives the relationships between parents and youngers. The confidence is essential for the necessary integration that permits to establish good foster care.

Key words:

Foster care, integration, system, social and psychological services, relationship, trust

*Il anno - Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Sistemico Integrata

Una ricerca effettuata dal 1999 al 2007 dal Centro nazionale di documentazione e analisi per l'infanzia e l'adolescenza, dimostra che i minori allontanati e inseriti in affido o collocati in comunità residenziali siano passati da 25.000 bambini e adolescenti, relativi a fine anni novanta, a 32.400 dell'anno 2007. Questa ricerca mette in evidenza l'assoluta indispensabilità di iniziative a favore di questo istituto giuridico.

L'affidamento familiare (Cassibba, Elia 2007) costituisce un intervento complesso, che coinvolge persone diverse, in modo differente che sono collegate l'una all'altra per tutto il percorso: il minore, la famiglia d'origine, la famiglia affidataria e gli operatori ai quali spetta il compito di prendere decisioni importanti riguardo alla formulazione e attuazione del progetto di affidamento.

Il progetto è stato realizzato grazie all'apporto fornito da diversi enti: la Regione, la Provincia, il Comune e i Servizi Sanitari, in particolare i Poli Sociali e il servizio di Psicologia Clinica.

L'ISTITUZIONE E L'AFFIDO

Secondo Moi (2010), nei servizi di cura le modalità d'intervento che si attuano e le processualità cliniche di coloro che operano sono orientate dalla cultura del Servizio, dal momento storico, dalle politiche, dalla domanda, dalla conseguente progettualità oltre che dai molteplici Sé di ciascun operatore.

In particolare, secondo Ferrario (2012), nell'affido spetta al servizio territoriale dare avvio a quell'organizzazione di relazioni tra agenzie pubbliche e private per condividere una serie di criteri di attivazione, di modalità di scambio d'informazione e procedure da adottare.

Il modello epistemologico, sempre secondo Moi (2010), indirizza le scelte, i percorsi e le tecniche utilizzate. Ciascun operatore, epistemologo più o meno ingenuo, opera per com-

prendere se stesso e il mondo circostante ed è chiamato ad intervenire su più livelli di realtà socialmente costruita.

È di fondamentale importanza nell'interesse del bambino costruire procedure d'intervento efficaci attraverso la condivisione di saperi e pratiche professionali (Moi, 2010).

I saperi e le pratiche che hanno fondato questo progetto si sono identificati in un pensiero ed un agire relazionale e nella possibilità e capacità di pensare alle famiglie e al territorio come risorse.

Tutti sono stati coinvolti: i professionisti dei servizi, le famiglie, le comunità locali, i bambini e i ragazzi; ognuno all'interno degli strumenti che possiede ma promuovendo la condivisione dei significati e della trasparenza comunicativa.

Isola e Pallini (2007) parlano di interdisciplinarietà ovvero di un lavoro di équipe che integra competenze diverse per l'elaborazione dei vari livelli d'intervento possibili.

L'interesse del minore e il recupero delle competenze genitoriali della famiglia d'origine sono perseguibili efficacemente se, tra il sistema dei Servizi Sociali e il sistema giudiziario coinvolto, ma anche tra operatori di professionalità diverse, si individua un modo di lavorare comune e basato sulla circolarità comunicativa.

I servizi coinvolti nel progetto Annodare, grazie al contributo della Regione, hanno stipulato un accordo di programma secondo il quale periodicamente assistenti sociali, psicologi e vari esperti come neuropsichiatri, si incontrano in équipe per scambiarsi i propri punti di vista e condividere la gestione dei casi a loro assegnati.

La costituzione dell'équipe varia da regione a regione (Cassibba ed Elia, 2007): di norma è costituita da assistenti sociali e psicologi, in alcune realtà accanto a queste figure sono previsti neuropsichiatri infantili ed educatori

professionali, anche se solo come collaboratori. La scarsa eterogeneità delle figure professionali, magari poco aggiornate da un punto di vista formativo, rappresenta un limite in un Istituto complesso come l'affido (Cassibba ed Elia, 2007).

Secondo Pistacchi e Galli (2006), che considerano l'affido come un intervento di sostegno psicosociale e non solo assistenzialistico, gli operatori devono integrare all'esperienza diretta, l'approfondimento di nuove prospettive teoriche, in modo da conoscere e utilizzare strategie d'intervento sempre più mirate ed efficaci.

La scelta di utilizzare un'unica équipe che si occupi sia delle famiglie d'origine che di quella affidataria, oppure di due distinte, rimane una questione aperta, anche se Greco e Iafrate (2001) si schierano a favore della seconda ipotesi. Ritengono che utilizzare una sola équipe può portare a schieramenti verso una famiglia piuttosto che l'altra e sperimentare vissuti non realistici verso la famiglia. Una posizione di obiettività può essere garantita dall'utilizzo di due équipe per le due famiglie, mantenendo comunque quella visione d'insieme necessaria a salvaguardare gli interessi del minore e lasciando ai giudici (giudice Tutelare o giudice del Tribunale per i Minorenni) il controllo e il potere decisionale.

LA FASE DI PROMOZIONE E REPERIBILITÀ DELLE FAMIGLIE AFFIDATARIE

Come conferma una ricerca effettuata in Italia dal Centro nazionale di documentazione e analisi per l'infanzia e l'adolescenza nel 2009, ci sono adulti che sono motivati all'affido e ritengono di essere in grado di accogliere un minore, tuttavia questi presupposti non sono sufficienti per essere una famiglia affidataria.

Diventare affidatari è un percorso, non si nasce ma si diventa (Sbatella, 2012), ricono-

scendosi adatti attraverso l'interazione attiva e complessa con altre persone: servizi pubblici, associazioni, gruppi familiari, bambini e genitori in difficoltà.

Sono necessari percorsi formativi che intreccino le rappresentazioni mentali che famiglia e Istituzione hanno dell'affido. In effetti, le famiglie del progetto si chiedevano: "Noi che non abbiamo figli riusciremo ad essere dei bravi genitori affidatari?", "Noi che non siamo più giovani possiamo essere comunque d'aiuto ai bambini?".

L'Istituzione deve disporre di idee chiare ed essere in grado di effettuare proposte (Sbatella, 2012), affinché la famiglia possa riconoscersi in un profilo di ruolo, che giunga cioè a dire: "Se famiglia affidataria vuol dire questo, noi potremmo esserlo".

Per arrivare a questo i servizi devono partire da un'attenta analisi delle rappresentazioni locali diffuse sui temi della maternità, dell'accoglienza e dei bisogni infantili. A tali rappresentazioni (emergenti in occasione di fatti di cronaca, produzioni cinematografiche, ecc) dovranno agganciarsi alcune esperienze e relazioni, in grado di far evolvere le rappresentazioni mentali (di sé, del bambino in difficoltà, del processo di affido ecc).

Le rappresentazioni mentali a livello macrosociale (rappresentazioni sociali) hanno un ruolo importante in questo processo: esse sono costrutti mentali condivisi, che permettono lo scambio sociale e sostengono i singoli soggetti nell'accostare realtà nuove. Per questo motivo, nessuna azione di reperimento può nascere in contesti in cui non sia stata sviluppata un'azione culturale più ampia sui temi dell'infanzia e delle responsabilità genitoriale e comunitarie. Le radici teoriche di questa fiducia fanno riferimento a modelli teorico-costruttivisti che spingono a valorizzare ogni singola fase dei processi interattivi tra Servizi e

famiglie (Sbattella, 2012). Secondo l'autore è perciò importante costruire una forte coerenza tra le rappresentazioni proposte in fase di promozione, di reperimento delle famiglie e le fasi successive dell'affido.

È importante che ci sia integrazione e coerenza affinché nessuno dica "ciò che si propone in fase promozionale nega o nasconde ciò che realmente ci si aspetta dai genitori affidatari". Perciò è necessario che la cura delle campagne di reperimento delle famiglie sia affidata ad operatori che abbiano una conoscenza profonda delle dinamiche che seguiranno le prime fasi, in cui deve essere spiegato bene cosa s'intende per affido, cosa significa essere affidatari e che difficoltà relazionali hanno i minori.

L'ISTITUZIONE, LA FAMIGLIA E L'AFFIDO: IL PROGETTO ANNODARE

La partecipazione a gruppi formativi è di fondamentale importanza per preparare i candidati all'affido (Chistolini, 2012). In Emilia-Romagna sono esplicitamente previsti questi percorsi, mentre in altri territori italiani prevale l'assenza di specifiche proposte formative o l'organizzazione di iniziative una ogni tanto. Il progetto "Annodare", che costituisce uno specifico esempio di percorso proposto alle famiglie interessate a divenire affidatarie, è costituito dalle seguenti fasi:

1. promozione dell'affido e reperimento delle famiglie interessate;
2. lavoro di gruppo (cinque incontri) con scopi
 - a. informativo per spiegare ai genitori l'affido, i suoi obiettivi e le sue complessità;
 - b. formativo in quanto, attraverso esercitazioni esperienziali, i partecipanti hanno potuto lavorare sulla propria consapevolezza d'identità genitoriale;
 - c. accompagnamento post-abbinamento.

Gli incontri erano quindi aperti a genitori, coppie o single, che desideravano rendersi disponibili per l'affidamento di un minore e quindi proseguire poi con il percorso di valutazione genitoriale.

Il gruppo era formato da genitori che iniziavano questo percorso per la prima volta, ma anche da genitori che, avendo già avuto esperienze volevano riproporsi per un nuovo affido.

"Annodarsi" è un progetto complesso, che intende connettere:

- famiglie e Servizi
- famiglie affidatarie e famiglie d'origine.

Le fasi iniziali di questo progetto, ovvero di promozione dell'affido e di reperimento delle famiglie interessate, sono fondamentali per allacciare le famiglie ai servizi. Allo stesso tempo, il modus operandi dei servizi getta le basi per quella fiducia che è importante che ci sia lungo tutto il percorso di affido e per impostare la costruzione dell'identità affidataria dei soggetti coinvolti.

Nella fase successiva del progetto lo scopo principale è la creazione del nodo che si può allacciare tra la famiglia d'origine e quella affidataria.

I servizi hanno il ruolo fondamentale di integrare le due famiglie; Bateson (2008) utilizzerrebbe il concetto di "la struttura che connette" parlando di due grandi sistemi che in parte sono autonomi e in parte interagiscono in un'unica biosfera dinamica pur lavorando a diversi tipi logici: uno è nell'individuo, ed è l'apprendimento e l'altro è nell'ereditarietà e nelle popolazioni ed è chiamato evoluzione. Cerca quindi di combinare mente e natura, in due grandi sistemi pur essendo a diversi livelli di tipi logici. Cerca cioè una connessione, un'interazione tra passaggi, la struttura che connette appunto.

Così i servizi possono rappresentare questa struttura all'interno dell'affido, cercano di

combinare insieme le due famiglie che sono ad un livello diverso di bisogno di sostegno. Bateson poi si rifà alla gerarchia dei tipi logici di Bertrand Russel sostenendo che le componenti di una gerarchia stanno tra di loro come un elemento sta ad una classe, una classe ad una classe di classi o una cosa sta al proprio nome. Sostiene poi che questa metastruttura è una “danza di parti interagenti, solo secondariamente vincolate da limitazioni fisiche e dai limiti imposti dagli organismi”.

Quindi la struttura è una sorta di scala con alternanza di due gradini: calibrazione (forma) e retroazione (processo) che si alternano gerarchicamente; ciò che è processo sul gradino diventa forma su quello successivo e, a ciascun scalino, la sfera di pertinenza aumenta, si verifica infatti un cambiamento di tipo logico dell'informazione raccolta (Liotti).

Nella struttura danzante Bateson vede la connessione per mente e natura, così come la struttura servizi rappresenta la connessione per famiglia affidataria e biologica e così come il gruppo è stato la struttura danzante che ha connesso i futuri genitori affidatari.

Vedere l'alternarsi di calibrazione e retroazione dell'informazione ad ogni singolo incontro è stato come salire i gradini della scala, dove ciascun partecipante ha acquisito, assimilando in modo differente, l'informazione raccolta nel precedente incontro.

L'impostazione dell'intervento sull'affido sul lavoro di gruppo rappresenta un'esigenza non declinabile. Il gruppo nell'affido, secondo Gatti (2012) lavora sia in favore del minore, ma migliora anche le capacità relazionali dei partecipanti, come l'ascolto, la comunicazione e il fluire delle emozioni.

I partecipanti al lavoro di gruppo si posizionavano a cerchio e i conduttori o gli esperti del settore gestivano gli incontri in base agli argomenti da trattare.

I genitori che avevano già avuto esperienza di affido, narrando le proprie storie, hanno trasmesso fiducia ai partecipanti novizi.

L'operatore sociale svolge una funzione più organizzativa, mentre lo psicologo si attiva per promuovere le risorse del gruppo (Gatti, 2012).

I coordinatori del lavoro di gruppo diventano i garanti dei processi di cambiamento delle famiglie, delle coppie e dei singoli e, in un'ottica di circolarità, di se stessi (Gatti, 1998).

ANNODARE LA FAMIGLIA NATURALE E LA FAMIGLIA AFFIDATARIA

L'integrazione tra genitori biologici e affidatari costituisce un caposaldo di tutto il progetto come testimoniano anche le osservazioni di Fruggeri (1997) che ritiene che un bambino in affidamento è come se visse una famiglia “ricostituita”, da un lato gli affidatari che si occupano dei suoi bisogni fisici e psicologici e dall'altro i genitori biologici, che hanno il diritto di visita e che stanno seguendo un percorso affinché il figlio possa rientrare in famiglia.

Linares e coll. (2006) propongono di offrire al bambino un contesto genitoriale integrato tra le due famiglie quella affidataria e quella d'origine per fornirgli un intervento congiunto basato sui bisogni del bambino stesso.

In effetti, negli ultimi anni, ai fini di preservare le famiglie da situazioni conflittuali, si preferisce lavorare sul co-parenting, ovvero sulla gestione condivisa della genitorialità. Così i caregivers imparano a conoscere differenti ruoli genitoriali, a comunicare e a gestire i diversi conflitti (Minuchin, Fishman, 1981).

All'interno del progetto “Annodare” è stato utilizzato il genogramma per recuperare le origini familiari affinché si potessero evidenziare gli snodi del percorso di vita, la loro connessione con il diventare genitori e la necessaria costruzione di un ponte col bambino, in defi-

nitiva un'integrazione tra passato, presente e futuro.

Vadilonga (2012) individua nell'affido un sistema umano complesso che coinvolge la famiglia affidataria, la famiglia d'origine e il bambino e che, per strutturarsi in modo funzionale, non può prescindere dalla logica dell'integrazione di queste sue parti.

Bronfenbrenner (1986) applica all'affido la sua teoria dello sviluppo umano sui percorsi di crescita, ritenendo che l'evoluzione del bambino sarà influenzata sia a livello micro sistemico, all'interno della singola famiglia affidataria, che a livello mesosistemico, nell'interazione tra la famiglia affidataria e quella biologica. Pertanto, gli adulti coinvolti dovrebbero avere chiaro la doppia connessione del bambino con i due sistemi familiari e favorirla.

Minuchin (1977) definisce la collaborazione supportiva tra gli adulti che crescono i bambini una caratteristica adattiva funzionale della famiglia. Pone l'importanza del mantenere la gerarchia dei sottosistemi costituiti dagli adulti, che hanno la funzione di leadership educativa, e i sottosistemi costituiti dai figli. Il venir meno a questa gerarchia può portare all'insorgenza di patologia.

Minuchin, secondo Vadilonga (2012), individua delle configurazioni possibili che si possono adattare al sistema affido. Ad esempio quando una delle famiglie delega la responsabilità all'altra, disinvestendo la funzione di caregiver: la capacità collaborativa dei membri del sottosistema "decisionale" sono danneggiate da conflitto e ostilità, ma anche dalla percezione di un forte squilibrio nei carichi educativi, nell'insoddisfazione del proprio ruolo percepito come troppo oneroso nei confronti del ruolo più semplice e gratificante attribuito agli altri genitori.

Le due famiglie, sempre secondo l'autore, lavorano per i propri obiettivi senza sostenere il

set dell'altro genitore ed è quindi facile immaginare come si possano creare giochi istigatori con assunzioni improprie di responsabilità da parte del minore ed elevati conflitti di lealtà (Cirillo).

Le due famiglie dovrebbero rafforzare nel minore la sensazione che costituiscono una sola squadra, facendogli capire che le regole sono arbitrarie e che ciò che è proibito da una parte può essere concesso dall'altra, in favore di quell'alleanza genitoriale reciproca che, secondo McHale (2010) dovrebbe essere sostenuta e costruita nel tempo. L'autore ha condotto una ricerca sulla co-genitorialità e ha individuato nel contesto accuditivo senza una buona comunicazione tra i partner e con la prevalenza di una conflittualità più o meno esplicita, il fattore che pregiudica nei figli lo stabilirsi dell'attaccamento sicuro.

ANNODARE L'ISTITUZIONE E LA FAMIGLIA

Secondo Chistolini (2012) l'affido è una "realtà anomala", basata su altruismo e generosità, realizzata da persone capaci di mettere in gioco se stessi e il proprio privato a favore di qualcuno che ha bisogno di aiuto. Gli affidatari costituiscono una risorsa preziosa e rara nel campo della tutela minorile e di loro si ha molto bisogno.

Il contatto con una realtà così particolare spinge l'operatore a riflettere sul proprio modo di agire e di considerare gli interlocutori. A volte può prevalere diffidenza, altre volte ammirazione, in ogni modo questi pensieri e sentimenti giocheranno un ruolo nel rapporto che si andrà ad instaurare con il nucleo familiare, formando delle "griglie concettuali" che saranno utilizzate per dare significato alle informazioni raccolte.

Gli operatori nell'interazione con i genitori affidatari, come evidenzia Chistolini (2012), si tro-

vano ad esperire relazioni significativamente diverse da quelle che solitamente sperimentano; di solito, infatti, l'operatore è persona esperta deputata a fornire aiuto a qualcuno che si trova in difficoltà, altre volte è chiamato a svolgere azioni di controllo e verifica per l'autorità giudiziaria, più in generale riveste il ruolo di portatore di risorse e competenze di cui l'utente (in questo caso, il genitore) ha necessità.

Il rischio (Ferrario, 2012) è quello che i servizi considerino i genitori come utenti.

Al contrario, il bisogno d'aiuto (Chistolini, 2012) tra affidatari e istituzione è reciproco, poiché anche il servizio ha bisogno degli affidatari: quindi gli operatori devono sapersi muovere in questa dimensione di aiuto reciproco senza far prevalere né lo sguardo "sospettoso" trattandoli da utente, in quanto bisognosi dell'affido come risposta ai loro problemi, né troppo ammirato, accentuando il loro ruolo di risorsa che potrebbe sottostimare la necessità di essere aiutati e sostenuti.

Secondo l'autore, occorre operare dentro un modello flessibile che porti il servizio da una consulenza alla famiglia, in cui essa appare utente e risorsa, a una relazione di collaborazione in cui famiglia e servizio appaiono clienti reciproci. L'obiettivo più importante è il raggiungimento di un rapporto di fiducia con la famiglia affidataria che si realizza nel momento in cui le risorse dei genitori e dei servizi si integrano.

Il percorso d'affido rivela significative criticità sia da parte degli operatori che dei genitori candidati all'affido.

In particolare, i genitori nella fase iniziale del percorso progettuale, quella informativa, spesso hanno espresso il timore di non essere all'altezza delle richieste che arrivano dalle istituzioni, in particolare rispetto gli affidi più complessi e critici.

Queste criticità sono state affrontate nel progetto proponendo giochi di squadra nei quali i genitori candidati all'affido condividevano con gli operatori l'esercizio della potestà sul minore e le decisioni che la riguardavano: ovvero si sono calati per qualche istante nel ruolo dei professionisti del settore attraverso un'esercitazione, avevano il compito di leggere attentamente un caso di un minore in difficoltà e di valutare l'opportunità di un percorso di affido per il minore. Nello stesso tempo, psicologo e assistente sociale si sono coinvolti nelle dinamiche relazionali del gruppo come se vi appartenessero a pieno titolo.

Modalità d'azione come quella appena descritte rappresentano un esempio di superamento della cibernetica di primo ordine a favore di quella di secondo ordine (Von Foerster, 1987), caratterizzata dall'osservatore che entra a far parte integrante del sistema osservato.

Grazie anche a questa esperienza, il gruppo affido organizzato nel progetto Annodare ha costituito un esempio di integrazione assimilabile ad una danza dove ciascun partecipante ha mosso i propri passi, cercando da un lato di seguire la musica e dall'altro di non invadere lo spazio del proprio vicino, fino alla creazione di sintonie tra i modi di danzare, in cui qualcuno ha iniziato a danzare insieme a qualcun altro anche a livello emozionale o di pensiero. Non sempre però, si riesce a danzare insieme, ne è un esempio la storia di Ilaria, 22 anni, figlia biologica di una famiglia affidataria.

Ha partecipato ad uno degli incontri di Annodare raccontando la propria esperienza di sorella di minori che venivano affidati alla sua famiglia. Ha raccontato le difficoltà che ha dovuto superare nel cercare di relazionarsi con questi minori "che le rubavano le cose e toglievano la serenità familiare", soprattutto i primi affidi, visto che sono arrivate per due volte sorelle più grandi di lei. Ha raccontato le diffi-

coltà delle relazioni con i suoi familiari di quel periodo, in cui ha sentito anche sentimenti di esclusione.

Quello di Ilaria è lungo percorso con un lieto fine concretizzatosi quando, raggiunta l'età di 12 anni, nella sua famiglia è arrivato Matteo di 3 anni. Dice che lo ha sentito come suo "vero fratello". Ora a distanza di anni, grazie anche alla partecipazione al di gruppo di figli di famiglie affidatarie, descrive le esperienze di affido come occasioni di crescita per quanto faticose.

Questa narrazione ha sollecitato molte riflessioni sia nei coordinatori del gruppo che nei genitori in quanto evidenzia l'importanza della scelta di un buon abbinamento famiglia-minore da un lato ma anche il coinvolgimento dei figli naturali.

Sicuramente è necessario indirizzarsi verso l'implementazione di quei percorsi formativi finalizzati alla costruzione di premesse indispensabili per un'integrazione positiva.

CONCLUSIONI

Il grande sistema servizi, famiglia affidataria e famiglia d'origine necessita di costruire rela-

zioni d'integrità per favorire una corretta evoluzione del percorso di affidamento familiare. Il progetto Annodare ne è un esempio, la rete di relazioni che ha costruito e che continua ad annodare sta favorendo una cultura importante sull'affido nel territorio.

Inoltre, sta contribuendo a far comprendere come i nodi che si allacciano contribuiscono allo scioglimento dei possibili conflitti, al sostegno delle famiglie e alla consapevolezza di una fiducia necessaria. Fidarsi dell'affido è il primo passo per costruire quella rete di lavoro necessaria tra famiglie e servizi.

Il gruppo è uno strumento molto utile per favorire l'accoglimento iniziale dell'affido e, in una fase successiva, il mantenimento di quella necessaria integrazione tra il lavoro svolto dai servizi e il lavoro svolto dagli affidatari.

L'èquipe rappresenta il punto d'incontro di istituzioni e degli operatori stessi che lavorano con la famiglia affidataria e per la famiglia d'origine. Attraverso la condivisione, non sempre immediata, dei diversi punti di vista di più professionisti si ottiene l'acquisizione di livelli successivi di ristrutturazione degli intrecci, che la complessità dell'affidamento familiare porta con sé.

Bibliografia

- Bateson, G., (2008). *Mente e Natura*. Milano: Adelphi.
- Bronfenbrenner, U. (1986). *Ecologia dello sviluppo umano*. Bologna: Il Mulino.
- Cam (a cura di) (2012). *Nuove sfide per l'affido*. Milano: Franco Angeli.
- Cam (a cura del) (1998). *L'affido familiare: un modello di intervento*. Milano: Franco Angeli.
- Cassibba, R., Elia, L. (2007). *L'affidamento familiare*. Roma: Carocci.
- Cirillo, S. (1986). *Famiglie in crisi e affido familiare. Guida per gli operatori*. Roma: Carocci.
- Fruggeri, L. (1997). *Famiglie Dinamiche interpersonali e processi psico-sociali*. Roma: Carocci.
- Foerster, Heinz von (1987). *Sistemi che osservano*. Roma: Astrolabio.
- Greco, O., Iafrate, R. (2001). *Figli al confine: una ricerca multimetodologica sull'affidamento familiare*. Milano: FrancoAngeli.
- Ichino, F., Zevola, M. (2002). *I tuoi diritti. Affido familiare e adozione*. Milano: Hoepli.
- Isola, L., Pallini, S. (2007). *Lo psicologo clinico nei Servizi. Dall'accoglienza al progetto terapeutico: un itinerario cognitivista*. Milano: Franco Angeli.
- Linares, L. O. et al. (2006). *A promising Parenting Intervention in Foster Care*, in "Journal of Consulting and Clinical Psychology", 74, pp. 32-41.
- Liotti, L. (n.d.). *Mente e natura un'unità necessaria* su: http://www.corem.unisi.it/bibliografia/recensioni/mente_e_natura_un'unit%E0_necessaria.pdf
- McHale, J. P. (2010). *La sfida della co-genitorialità*. Milano: Cortina.
- Minuchin, S., Fishman, H. C. (1981). *Family Therapy Techniques*. Cambridge: Harvard University Press.
- Minuchin, S. (1977). *Famiglie e terapia della famiglia*. Roma: Astrolabio Ubaldini.
- Moi, G. (2010). *Approccio Sistemico Relazionale, Minori, Famiglie e Rete dei Servizi: possibili connessioni*. Parma: Cambiamenti Rivista dell'Istituto di Psicoterapia Sistemica Integrata, vol. 3.
- Pistacchi, P., Galli, J. (2006). *Un viaggio chiamato affido. Un percorso verso la conoscenza dei soggetti e delle dinamiche dell'affidamento familiare*. Milano: UNICOPLI.



Diventare famiglia: processi di trasformazione in dinamiche triadiche

Eleonora Russo, Giulia Zanvettor*

Sommario

Questo elaborato si propone di esplorare un momento cruciale della storia familiare, quello della transizione alla genitorialità, e di indagare attraverso un questionario parte delle trasformazioni che lo accompagnano, a livello individuale, di coppia e di famiglia allargata.

Le domande che abbiamo posto al nostro gruppo di 32 neo-genitori erano focalizzate sulle trasformazioni che avvengono all'interno della coppia nel momento in cui nasce il primo figlio, quando essa da diade diviene una triade e aggiunge all'aspetto coniugale quello della genitorialità. Il nostro obiettivo era quello di raccogliere dei dati qualitativi che esprimessero da una parte i cambiamenti che avvengono nella coppia in termini di percezione della qualità della relazione e dall'altra correlassero la stessa con altri fattori, quali il sostegno della rete sociale e le relazioni con le famiglie d'origine.

Parole chiave:

Coniugalità, genitorialità, diade, triade

Summary

This contribution explores a crucial moment of the family history, the transition to parenthood, and investigated through a questionnaire the transformations that accompany at the individual level, at the level of couple, and at the extended family. The questions posed to the groups of 32 new parents were focused on the changes occurring within the couple at birth of the first child, when it becomes a dyad to triad and adds to marital aspect the parental. The aim was to collect qualitative data, that expressed the changes occurring within the couple in terms of perception of marital quality and their related with other factor, such as social support and relation with original family.

Key words:

Married, parenting, dyad, triad

*III anno - Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Sistemico Integrata

La transizione alla genitorialità è un processo chiave all'interno del ciclo vitale della famiglia (McGoldrick e Carter, 1980) ed implica la ridefinizione dei confini e la creazione di una nuova dimensione relazionale: il "noi genitoriale" (Scabini e Cigoli, 2000).

Diventare genitori implica la ridefinizione della propria identità e del proprio ruolo, sia all'interno della famiglia che sociale, nonché l'avvio di un processo di cambiamento sia della coppia, che aggiunge all'aspetto coniugale la nuova funzione dell'essere genitori e si vede costretta ad una radicale riorganizzazione dei suoi ritmi e delle sue abitudini, sia dal punto di vista della costellazione familiare, in cui tutti i ruoli rispetto anche alle famiglie d'origine vengono stravolti (Malagoli Togliatti e Zavattini, 2000).

LA COPPIA

Quando si parla di coppia coniugale, oggi non ci si riferisce necessariamente a coppie sposate, in quanto la disaffezione verso l'istituto del matrimonio ha determinato un incremento delle coppie di fatto e contrariamente a quanto avveniva in passato è talvolta il concepimento del primo figlio a indurre a questa decisione (Malagoli Togliatti, Tafà, 2005; Malagoli Togliatti, Mazzoni 2006).

Affinché una diade possa essere considerata una coppia devono essere presenti in essa tre fondamentali processi relazionali: quello sessuale, quello emotivo e quello sociale. Si tratta di tre processi interagenti fra loro in maniera circolare, nel senso che il funzionamento dell'uno influenza potentemente quello degli altri. La coppia quindi, più che fondarsi su un vincolo, sembra poggiare su un patto fiduciario di reciprocità, il cui cardine è la coppia stessa, che sempre più spesso sceglie modalità informali di impegno, come la convivenza. Con-vivere significa plasmarsi nella

relazione, negoziare spazi e tempo, contrattare delle regole, costruire giorno per giorno le proprie abitudini e soprattutto un'identità di coppia condivisa (Scabini, Cigoli, 2000).

Secondo Malagoli Togliatti e Altri (2000) tutte le coppie in fase di formazione attraversano un primo momento a carattere fortemente idealizzante, connotato da sensazioni di profonda vicinanza e grande affinità, nel corso del quale formulano un contratto costituito in parte da norme e accordi espliciti e consapevoli (patto dichiarato), ed in parte da vincoli affettivi inconsapevoli (patto segreto), caratterizzati dalla proposta di un'immagine di sé che tende a gratificare i bisogni profondi del partner. A questa prima fase idealizzante segue un secondo momento di disillusione, accompagnato spesso da vera e propria delusione per la scoperta di aspetti discordanti rispetto a quell'immagine idealizzata del proprio compagno. A questo punto si innescano le basi per una crisi che può evolvere nella separazione oppure in un secondo contratto basato su una visione più individualizzata e realistica della coppia, in cui oltre agli aspetti fusionali, "ontici", come li definiva Boszormenyi Nagy (1985) si aggiungono le proprie esigenze personali, ovvero di differenziazione dal partner, che non sempre sono coerenti con la precedente immagine proposta di sé. Questi due aspetti fondamentali, quello dell'affiliazione/attaccamento e quello dell'individuazione, sono fra loro interagenti ed è fondamentale che la coppia raggiunga un buon equilibrio fra queste due polarità, nonché un adeguato grado di differenziazione al suo interno.

La capacità di accettarsi e supportarsi nonostante le diversità diventa fondamentale quando si rende necessario fare spazio ad una terza persona; nel caso in cui non questi fattori impediscano la formazione di una solida alleanza si crea il rischio di un rapporto

invischiato e invischiante, in cui non ci sarà spazio per i bisogni e l'autonomia del piccolo, che verrà strumentalizzato in funzione delle esigenze o dei conflitti della coppia (Binda, 1997; Minuchin, 1993).

Malagoli Togliatti e Lavadera (2002) individuano dei compiti di sviluppo specifici della coppia nella fase di formazione, distinguendoli in base agli ambiti di relazione. Essi concernono la costruzione di un'identità di coppia condivisa, la negoziazione degli aspetti di vita quotidiana, l'attuazione di un rapporto di reciprocità e rispetto dell'altro e la contrattazione di un progetto generativo. Rispetto invece alle famiglie d'origine le sfide di una coppia riguardano la definizione di confini chiari, la realizzazione di un equilibrio tra lealtà verso i propri genitori e verso il partner, ovvero la differenziazione e il distacco rispetto alla famiglia d'origine, senza per questo rinnegarne il senso di appartenenza. Rispetto infine all'ambiente esterno l'assestamento riguarda la ricerca di un equilibrio fra la condivisione delle relazioni amicali e il rispetto dello spazio per le relazioni individuali, nonché il supporto e la valorizzazione dell'impegno sociale del partner.

LA FAMIGLIA CHE NASCE: TRANSIZIONE ALLA GENITORIALITÀ

L'aumento delle convivenze a discapito dei matrimoni che caratterizza la società moderna contribuisce a rendere maggiormente precarie le relazioni e discontinuo l'impegno investito in esse; così è spesso il concepimento del primo figlio che assume la condizione di essere "per sempre", costituendo così per i neogenitori il vero passaggio all'età adulta (Settersten, Furstenberg, Rumbaut, 2005). La coppia di oggi si colloca infatti in un complesso sistema culturale e va sottolineato come nella nostra cultura, assumere il ruolo di genitore risulta un compito doppiamente

arduo, in quanto oltre a rappresentare l'ingresso nella vita adulta, risente dell'assenza di riferimenti normativi espliciti e dell'ambiguità delle prescrizioni sociali (Norsa, Zavattini, 1997; Manning e Smock, 2005). Inoltre, diversamente da quanto accadeva in passato o da come avviene tutt'oggi in altre culture, questo evento è connotato spesso dalla caratteristica della scelta, che contribuisce a rendere questa decisione ancora più pesante dal punto di vista dell'assunzione delle responsabilità ad essa connesse. Infatti se fino a qualche decennio fa "mettere su famiglia" era un processo scontato che constava di tappe in qualche modo obbligate, prima fra tutte il fidanzamento, seguito dal matrimonio e dall'immediata procreazione, oggi giorno la declinazione di questo assunto prevede forme e percorsi molto diversificati ed in particolare modo il diventare genitori non rappresenta più un evento ineluttabile nel ciclo di vita di un adulto sano, ma spesso è il risultato di una scelta.

La nascita di un figlio sancisce l'inizio di una nuova fase del ciclo di vita familiare, avviando un processo trasformativo, quello del diventare genitori, che non può essere ridotto ad una lettura puntuale dello stesso: si parla infatti di transizione alla genitorialità per rendere giustizia alla complessità del processo, che consta di una serie di eventi sequenziali, avviandosi al progetto di avere un figlio, sostanziosamente al momento del concepimento e prendendo corpo durante la gravidanza, la nascita e i primi anni di vita, ma che si esaurirà solo nel momento in cui i figli, a loro volta adulti, si svincoleranno dal nucleo familiare, per formarne a loro volta uno proprio.

La transizione alla genitorialità rappresenta un processo di ristrutturazione e crisi maturativa, che implica profonde trasformazioni sul piano personale, coniugale, familiare e sociale.

Proprio riconoscendo la molteplicità delle aree coinvolte in questo processo alcuni autori hanno proposto un modello multifattoriale per descrivere la transizione alla genitorialità (Belsky, Crnic, Gable, 1995), considerandola in un'ottica di causalità circolare e prendendo in considerazione la storia personale di ogni genitore, la relazione di coppia, il contesto sociale in cui la famiglia si trova, le caratteristiche del bambino e della relazione con lui instaurata.

Poiché questo processo implica profonde trasformazioni in ogni ambito della vita e dell'identità dei genitori, essa rappresenta un momento delicato, in cui spesso la coppia ha bisogno di essere sostenuta nella sua naturale evoluzione, perché si possano gettare solide basi per l'avvio ad un processo trasformativo che non cesserà mai. Diventare genitori infatti significa essere capaci di affrontare in modo flessibile il cambiamento; la capacità di "prendersi cura" di qualcuno infatti affonda le sue radici nella propria storia personale, partendo dalla propria rappresentazione di sé come figli, con tutti i vissuti che essa evoca, trasformando la relazione coi propri genitori e col proprio partner (Zavattini, 1999).

È infatti di fronte a questi cruciali passaggi del ciclo di vita che emerge la struttura relazionale della famiglia, con i suoi punti di forza e debolezza, stimolando risorse, ma anche mettendo in luce gli aspetti di fragilità sia della coppia, che personali.

Come per quanto riguardava la coppia Malagoli Togliatti e Lavadera (2002) individuano dei compiti di sviluppo per i neogenitori. Quelli legati alla relazione coniugale sono l'inclusione degli aspetti genitoriali nella relazione, la ridefinizione delle modalità comunicative e la definizione di confini chiari fra il sistema coniugale e quello genitoriale. Rispetto invece alla funzione genitoriale è necessaria la capacità

di assumere questo nuovo ruolo, ovvero negoziare i compiti, prendersi cura del bambino e offrire un valido modello di attaccamento affettivo. Nei confronti delle famiglie d'origine avviene una ristrutturazione delle relazioni coi propri genitori e la definizione delle aspettative nei loro confronti, individuando le differenze di ruolo e di funzioni fra genitori e nonni. Rispetto all'ambiente esterno è importante ridefinire i rapporti con l'ambiente esterno in base anche alle esigenze della neonata famiglia.

IL QUESTIONARIO

Si tratta in totale di 16 coppie, di età compresa fra i 24 anni e i 46 anni. Tutte le coppie, tranne quattro, hanno bimbi di circa un anno di età. Le coppie restanti hanno figli di quattro, sette e dodici anni; una sola coppia ha due bimbi, uno di otto e uno di cinque anni.

I partecipanti sono stati contattati in modo informale ed è stato loro chiesto di rispondere ad un questionario che si proponeva di indagare alcuni aspetti che la nostra ricerca bibliografica aveva evidenziato come salienti e che esamineremo poi in modo dettagliato.

Abbiamo raccolto 28 questionari compilati. In totale quattro papà non lo hanno restituito.

Secondo Curtona (1990) infatti la transizione alla genitorialità può essere considerata come un evento stressante in sé, ed è per questo che è importante identificare i fattori che possono costituire delle risorse, ma allo stesso tempo delle criticità, se assenti o presenti in modo inadeguato. Tra questi quelli più frequentemente riportati in letteratura sono, il supporto sociale (Curtona, 1990), sia pratico che emotivo, la qualità della relazione di coppia (Florsheim et al., 2003) e la disposizione nei confronti della gravidanza (Bouchard, Boudreau e Hébert, 2006). Un recente studio di McHale (2002) ha dimostrato inoltre una forte associazione fra le aspettative prenatali

dei genitori e il funzionamento co-genitoriale osservato nelle relazioni triadiche dopo la nascita. Con il concetto di co-genitorialità l'autore si riferisce alla qualità dell'accordo fra i due membri della coppia nel loro ruolo di genitori, il che non implica necessariamente una sovrapposizione di premesse e pratiche, ma il reciproco rispetto e la capacità di instaurare un'alleanza e di cooperare, anche assumendo posizioni talora complementari nella relazione triadica (McHale, Cowan, 1996; Belsky, Kelly, 1994). Di seguito approfondiamo le aree indagate nel nostro questionario e i temi emersi dalle risposte dei partecipanti.

SODDISFAZIONE NELLA RELAZIONE DI COPPIA E CAMBIAMENTI NELLA RELAZIONE

La letteratura si sta focalizzando da tempo sullo studio della relazione di coppia come fattore che può influenzare notevolmente la genitorialità. Lis, Zennaro e Mazzeschi (2001) individuano tre ipotesi esplicative formulate per spiegare il processo di influenzamento reciproco fra relazione coniugale e genitoriale.

La prima è quella definita dello spill over (Nelson et. al. 2009), secondo cui le caratteristiche dei due tipi di relazione si influenzano reciprocamente in modo diretto; ovvero se la coppia vive una relazione e soddisfacente sarà facilitata nell'esplicare le proprie funzioni genitoriali, attenta e ben predisposta verso i bisogni del figlio.

Altri (Engfer, 1988) sostengono invece l'ipotesi della compensazione, che si basa sull'idea che l'insoddisfazione in un'area relazionale porti ad un iperinvestimento nell'altra; secondo questa ipotesi una coppia che percepisce la sua relazione come poco appagante sarebbe spinta a investire maggiormente nella relazione coi figli per compensare la carenza affettiva.

L'ultima ipotesi è quella dei fattori comuni (Binda, 1997) che identifica come determinanti altre variabili, quali le caratteristiche di personalità individuali o lo stile di attaccamento. Numerosi studi dimostrano come la soddisfazione riferita alla relazione coniugale decresca in modo significativo dopo la nascita del primo figlio (Van Egeren, 2004), portando anche sostanziali cambiamenti nei pattern di intimità e comunicazione, e all'aumento dei conflitti e del disaccordo (Kluwer e Johnson, 2007), anche se questa traiettoria discendente verso una crisi non sembra universale. Altri studi, invece, promuovono risultati differenti, quali la stabilità della stessa o addirittura un aumento della soddisfazione rispetto alla relazione di coppia (Wallace e Gotlib, 1990). Rollins e Feldman (1970) e Johnson (1986) descrivono l'andamento della soddisfazione coniugale come una curva ad U, con alti livelli nella fasi iniziali della formazione della coppia, con una tendenza decrescente nelle fasi centrali della relazione, durante la transizione alla genitorialità, per crescere nuovamente nelle fasi più avanzate.

La caduta della soddisfazione rispetto al proprio rapporto di coppia in concomitanza alla transizione alla genitorialità potrebbe essere collegata alle difficoltà incontrate nel momento in cui la nascita di un figlio, ovvero l'inserimento di un terzo nella diade, che costringerebbe la coppia ad una radicale ridefinizione della stessa portandola ad una profonda riorganizzazione delle proprie modalità relazionali per accogliere il nascituro (Tafà, Rivelli e Malagoli Togliatti, 2000).

Secondo la letteratura i fattori predisponenti all'insoddisfazione di coppia durante questo momento di momentanea "crisi" sembrano essere la giovane età, l'essere non-sposati e la relativa recenza della relazione prima della gravidanza. Altri fattori che aumentano il ri-

schio del declino della soddisfazione risultano essere una gravidanza inattesa, relazioni insoddisfacenti con la propria famiglia d'origine e caratteristiche di personalità definibili come problematiche (Mitnick, Heyman, Smith Slep, 2009). Un altro elemento che probabilmente contribuisce al decrescere della soddisfazione di coppia è quello legato all'investimento sia pratico che affettivo nell'accudimento del nuovo nato, che specialmente nel primo periodo assorbe tutte le energie dei genitori, distogliendole dalla cura della relazione coniugale. Altri elementi che sembrano influenzare il livello di soddisfazione percepito nella relazione di coppia sono la capacità di negoziazione dei ruoli e la collaborazione nel perseguimento degli obiettivi comuni; inoltre risultano determinanti la percezione di condivisione delle responsabilità ed il reciproco supporto pratico ed emotivo (Katz-Wise, Pries e Hide, 2010).

Relativamente a questo argomento abbiamo formulato alcune domande: "In che misura si sente soddisfatto del suo rapporto di coppia? Dopo la nascita di suo figlio, secondo lei, è cambiato il suo rapporto di coppia? In che modo? Quali sono le aree critiche?". La maggior parte dei soggetti dichiara un discreto livello di soddisfazione rispetto alla propria relazione coniugale. Tutti i genitori partecipanti (28/28) hanno espresso comunque la percezione di un cambiamento nel rapporto di coppia, alcuni sottolineando maggiormente gli aspetti di allontanamento dovuti alla fatica fisica ed emotiva, o alla necessità di alternarsi nella gestione del bambino. Cinque genitori descrivono un aumento del conflitto e delle discussioni. Un altro tema che emerge è quello invece della crescita e dell'arricchimento dato dalla condivisione della nuova esperienza di essere genitori, riportato da sei genitori.

Le aree individuate come critiche sono quelle

della sessualità e dell'organizzazione domestica, nonché la percezione di avere poco tempo per la coppia e per coltivare i propri interessi: ci possono essere delle difficoltà nella condivisione della fatica e la sensazione che vi sia una distribuzione iniqua del carico di responsabilità. Due questionari riportano, infine, come tema conflittuale quello delle decisioni da prendere che riguardano il figlio.

SPAZIO E TEMPO: I CAMBIAMENTI

Con l'arrivo di un bambino occorre creare nuovi spazi per i bisogni del piccolo. Nel primo periodo, infatti, ci sono molte necessità nuove che si aggiungono, in modo pervasivo a quelle individuali e di coppia. La cura di un neonato, ma anche di un bambino nei primi anni di età, richiede una radicale riorganizzazione dei ritmi della vita quotidiana e, frequentemente, sconvolge le abitudini che la coppia ha acquisito precedentemente al suo arrivo. L'organizzazione delle attività quotidiane, la preparazione dei pasti, l'aumentato carico di lavoro casalingo costringono a profondi cambiamenti nell'organizzazione pratica e domestica. L'accudimento passa in primo piano rispetto a tutto il resto. Dal punto di vista emotivo, nella coppia possono insorgere tensioni correlate all'adattamento ai nuovi ruoli di responsabilità. Crescere un figlio comporta spesso la rinuncia a gran parte del proprio tempo libero e la necessità di negoziare le proprie esigenze individuali, quelle del partner e quella della famiglia. I neogenitori possono sperimentare un senso di costrizione e la sensazione di non essere più completamente padroni del proprio tempo. È importante, in questa fase, che la coppia rinnovi il senso di coesione in modo che ciascun genitore si possa sentire supportato dall'altro; che si costruisca una buona alleanza genitoriale; che si crei un clima di fiducia e coinvolgimento reci-

proco, in modo che ognuno dei membri della coppia senta di condividere la fatica e il forte dispendio energetico del momento con l'altro. Nel questionario abbiamo chiesto: "Sono cambiati i luoghi che frequentate o in cui trascorrete il vostro tempo? Se sì, come?". In molti (20/28), dichiarano che si sono verificati una serie di cambiamenti in merito ai luoghi frequentati. Si tratta di luoghi per famiglie, istituzionali e non, che consentano di rispettare le esigenze del bambino. È un momento di vita in cui si rinuncia quasi completamente alle attività di svago così come venivano concepite prima della nascita del figlio (cinema, uscite serali in locali come discoteche, pub o ristoranti). Anche le frequentazioni di amici, spesso subiscono un cambiamento. Si frequentano soprattutto coppie di amici con figli che possano comprendere i bisogni della neofamiglia ma anche condividere attività simili e temi di conversazione.

Rispetto al tempo abbiamo chiesto: "Ha la percezione di aver tempo da dedicare al vostro rapporto di coppia? Se sì come lo trascorrete?". Il tempo, secondo le coppie intervistate (20/30) è poco, e spesso viene penalizzata l'area dell'intimità, oltre al tempo per se stessi come individui (hobbies, passioni, sport, ma anche cura di sé o altro). Emerge anche la difficoltà a pianificare o progettare in modo schematico sul futuro prossimo, per l'imprevedibilità tipica di questo periodo e per la flessibilità di cui necessita, sia da un punto di vista pratico e organizzativo che cognitivo, emotivo e relazionale. Nella lettura dei racconti e delle affermazioni date dai genitori riguardo ai vari cambiamenti riportati abbiamo avuto l'impressione che la maggior parte dei soggetti non fosse preparata a/ non si aspettasse cambiamenti così radicali.

È probabile che questa sensazione sia correlata a quanto siano state disattese le aspetta-

tive rispetto all'evento nascita. A questo proposito anche una gravidanza programmata potrebbe aver influito diversamente rispetto ad una sopraggiunta a sorpresa, negli equilibri e nei vissuti della coppia nel periodo post nascita.

IL FUTURO

Ci è sembrato interessante in un'ottica evolutiva indagare anche quali siano i cambiamenti che ciascun membro della coppia immagina o auspica per il futuro. La domanda posta è la seguente: "Come crede che la situazione cambierà nel tempo? Desidera che cambi? In che modo?". I nostri intervistati ipotizzano cambiamenti connotati positivamente. Emergono parole chiave come 'equilibrio' o 'autonomia' per definire un futuro atteso e desiderato. L'attenzione si focalizza sia a livello individuale che di coppia, minori gli approfondimenti sul futuro del bambino. Viene spesso espresso il desiderio che alcune cose possano tornare come 'prima'. Più concretamente, alcune mamme sperano che possa aumentare il grado di collaborazione tra partner per una più equa distribuzione del carico di impegno. Nella nostra cultura, solitamente è la mamma che si astiene obbligatoriamente e facoltativamente dal lavoro, spesso per un periodo medio o lungo, e che pertanto si dedica maggiormente alle cure inerenti il piccolo. Il rientro al lavoro, ipotizziamo, possa comportare ancora un ulteriore riassetto familiare.

SOSTEGNO SOCIALE

La strutturazione della società in cui si inserisce la nascente famiglia oggi, si è modificata significativamente nel corso degli ultimi decenni. Le reti informali in grado di sostenere un nucleo familiare, come ad esempio la famiglia allargata, i rapporti di vicinato e la

scuola, si stanno lentamente dissolvendo e sono scarsamente interconnessi fra loro. Ciò può contribuire a generare frammentazione e solitudine, soprattutto in momenti di grande fatica e difficoltà come quello in cui arriva un bimbo in una nuova famiglia. Numerosi studi (Goldberg e Eaterbrooks 1984; Belsky et al., 1989; Belsky e Vondra, 1990) riportano come la percezione di beneficiare di supporto sociale da parte dei neogenitori sia una variabile che influenzi notevolmente la qualità del rapporto di coppia e della relazione col bambino (Belsky, 1984). Nel questionario, abbiamo approfondito con i neogenitori la loro percezione rispetto al supporto sociale ricevuto in questo delicato momento di vita. Nel questionario si chiedeva: "Si è sentito supportato da qualcuno, al di fuori dei familiari, in questo periodo? Se sì, chi ha sentito vicino emotivamente e chi dal punto di vista pratico? Crede che l'assenza o la presenza di supporto sociale abbia influito sul suo rapporto di coppia? In che modo? Può approfondire la sua risposta? In che cosa, secondo lei ci sarà più o meno accordo?". Oltre al compagno e alle famiglie di origine, cui vengono attribuiti importanti ruoli di sostenitori a vario titolo, emerge in alcune risposte (8/28) l'importanza di condividere l'esperienza con altre coppie di neogenitori. Probabilmente, l'esperienza della condivisione facilita anche questa importante transizione di vita, attraverso il rispecchiamento, il confronto ma anche la sensazione di non essere soli. Per esempio una genitore ci ha riportato: 'mi sono sentita supportata molto da altre mamme e ciò ha influito sul mio rapporto di coppia evitando che implodessimo su noi stessi'. Dove la rete familiare è scarsamente presente divengono preziose figure come la babysitter, che vengono annoverate tra le persone più significative per il momento di vita presente.

LE FAMIGLIE D'ORIGINE

Nell'ottica del ciclo di vita familiare la nascita di un figlio rappresenta una tappa evolutiva fondamentale. Questo momento implica una crisi dell'equilibrio precedentemente raggiunto dalla coppia, il cui superamento influirà significativamente sulla qualità dei successivi legami familiari. La nascita di un figlio, inoltre, porta ad una più ampia ridefinizione relazionale, modificando l'assetto della famiglia allargata: i coniugi diventano genitori, i genitori anche nonni, i fratelli dei genitori zii. Mentre i mesi della gravidanza sembrano in generale connotati da un clima positivo di rinnovata coesione con le famiglie d'origine (Binda, 1997), il periodo successivo alla nascita è più critico: si assiste alla nascita di una nuova generazione con profonde modificazioni strutturali, una rinegoziazione delle distanze e dei ruoli di ciascun individuo e sistema. L'arrivo di un bambino sancisce infatti un riconoscimento della coppia come famiglia, implicando un ulteriore distacco dai modelli e dalle abitudini condivisi con le famiglie d'origine. In questo momento, la transizione può essere facilitata se vengono riconosciuti e rispettati i confini generazionali. Il ruolo dei nonni contempla, infatti, il supporto dei figli nel loro ruolo genitoriale ma non implica che si sostituiscano a loro o che abbiano la pretesa di supervisionare la genitorialità nascente con critiche o istruzioni precise. Si tratta di un ruolo di supporter emotivo e pratico. In questo momento di vita, inoltre, possono riaffiorare emozioni e pensieri legati alle esperienze che ciascuno dei membri della coppia ha fatto nella propria famiglia d'origine. Il modo di concepire ed esprimere affettività si fonda anche sui propri modelli d'interazione, sulle regole apprese circa i rapporti di coppia, sulle modalità di manifestare affetto, di stare assieme e

comunicare. Nei nostri questionari abbiamo chiesto: “Si sente supportato dalle vostre famiglie d’origine? Da quale maggiormente? Che influenza ha l’aiuto o l’assenza di aiuto da parte delle vostre famiglie nella relazione di coppia? La nascita di un figlio ha segnato un cambiamento nella relazione con le famiglie d’origine? Se sì, di che tipo?”. Emerge un aumento della vicinanza fisica ed emotiva con le famiglie d’origine. In un certo senso, i nonni e gli zii vengono richiamati nel nuovo nucleo ad espletare un nuovo ruolo con il bambino appena arrivato. La connotazione di questo riavvicinamento è però ambivalente. I genitori che hanno compilato il questionario ci riportano il riaccutizzarsi di “vecchie questioni” o “il riappacificarsi”. Emerge anche la percezione di un avvenuto salto generazionale; con la nascita del piccolo viene conferito un maggior senso di continuità generazionale e i neogenitori si compiacciono nel vedersi riconoscere e legittimare l’esistenza del loro nuovo nucleo e il distacco da quello di origine. I membri delle famiglie di origine vengono descritti come figure che arrecano supporto pratico, ma di cui spesso si teme il giudizio e l’intrusività. Questa caratteristica si riscontra maggiormente relativamente alla relazione con la famiglia d’origine acquisita, quindi con i suoceri.

Questo riavvicinamento pare avere un peso sulle dinamiche di coppia: spesso nascono conflitti tra i partner legati alla definizione dei rapporti con le famiglie d’origine e alla delimitazione dei confini con esse. Sei genitori infatti, riportano che dopo la nascita del figlio sia più complesso mantenere le distanze dalla famiglia acquisita, la quale reclamerebbe una posizione più significativa all’interno del nuovo nucleo; i due partner spesso legittimano in maniera differente tempi e modalità di frequentazione.

RELAZIONE TRIADICA

L’arrivo di un terzo in una relazione duale obbliga alla creazione di nuovi pattern relazionali, influenzati sia dal neonato, che dalle proprie storie familiari e dalla propria esperienza di figli (Byng-Hall, 1998). Può avvenire una riedizione di pattern trasmessi dalla generazione anziana di una o dell’altra famiglia d’origine, sia una modifica più o meno sostanziale degli stessi, attraverso la sperimentazione nella nuova famiglia che si va consolidando. La partecipazione ad una triade, non più come figlio, ma come genitore, rappresenta per ciascun partner un nuovo e ricco contesto di apprendimento e sperimentazione di script improvvisati. Si tratta dell’inizio di un processo di transizione, influenzato fortemente dalle proprie origini familiari, ma che dovrebbe condurre anche allo svincolo dalle stesse, attraverso l’investimento nella propria famiglia attuale.

Non bisogna inoltre sottovalutare l’attivo contributo che il bambino apporta a questo processo, come attore protagonista fin dalle prime fasi di vita, numerosi studi infatti mostrano come il bambino, fin da neonato, contrariamente a quanto si riteneva in passato, svolga un ruolo attivo nelle interazioni con i genitori (Trevarthen, 1998; Tronick, 1989). Sembra sia proprio questo contesto di relazioni affettive a favorire l’apprendimento e lo sviluppo del bambino.

Il gruppo di Losanna, coordinato da Fivaz-Depeursing e Corboz-Warnery (1999), attraverso il costrutto di “triangolo primario”, in un’ottica sistemica, supera l’idea di triade come composta da sottogruppi di diadi, e considera la stessa come qualcosa di più complesso. L’LTP (Lausanne Trilogue Play) si propone di indagare la capacità di regolazione affettiva, condivisione e responsività empatica, fedele alla felice distinzione fatta da Reiss (1989) fra la famiglia “rappresentata” e la famiglia “pra-

ticante”, ovvero in interazione. Reiss infatti introduce la distinzione fra gli studiosi della ‘represented family’, secondo cui la memoria delle relazioni risiede prettamente nei modelli operativi interni (Bowlby, 1989), e coloro invece che si concentrano sullo studio della ‘practicing family’, secondo i quali le relazioni si sostanziano nelle pratiche condivise e negli schemi interattivi agiti dai membri in relazione fra loro. Il gruppo di Losanna introduce un’altra importante novità nello studio delle relazioni primarie, ovvero l’idea che lo sviluppo delle relazioni triadiche non sia un’evoluzione di più complesse relazioni diadiche, ma sia contemporaneo alla formazione delle stesse, superando la classica idea per cui le relazioni triadiche sarebbero una mera sommatoria di coppie di relazioni diadiche, che le costituiscono. Infatti, secondo le loro osservazioni il bambino, già a tre mesi, sarebbe in grado di partecipare a coordinazioni triangolari, ingaggiando interazioni sia con la madre, che col padre e condividendo l’attenzione e l’affetto di entrambi i genitori. Per costruire una struttura triadica è cruciale aver acquisito una relazione di coppia sicura, che consenta di includere anche un terzo nella relazione senza che questo inneschi timori di esclusione o di tradimento. Nel questionario abbiamo indagato la percezione relativa all’esistenza e alla partecipazione ad una relazione che coinvolgesse tutti e tre i membri della famiglia con le domande seguenti: “Prima eravate in due, adesso con la nascita di vostro figlio siete in tre. Sente la presenza di una relazione che coinvolga contemporaneamente tre membri? In che modo lei e il suo partner potreste contribuire a creare o sostenere ulteriormente questo tipo di relazione? Se sì, come si sente in questa nuova situazione? Ci sono dei momenti invece in cui si resta in due? Che emozioni evoca partecipare o essere escluso/a

o escludere qualcuno da questi momenti?”. Le nostre coppie affermano di sentirsi in una relazione triadica, di star bene in questa nuova esperienza, di percepirsi come “famiglia”; una mamma si sente “arricchita e cresciuta”, apprezzando molto “quei momenti in cui si riesce a fare cose tutti assieme”. Alla richiesta di come poter sostenere questo tipo di relazione ulteriormente vengono espressi diversi pareri. Tra tutti, torna il bisogno di condividere maggiormente le difficoltà e l’impegno tra partner e di comprendersi di più. Il poco tempo a disposizione viene percepito come un ostacolo all’investimento su questo tipo di relazione. Inoltre, lo stress e la fatica non consentono che il tempo utile sia sempre di ‘qualità’. Anche in questo senso risulta produttiva la frequentazione con altre neofamiglie. I sentimenti suscitati invece dai sottosistemi di relazione diadica sono diversi. Le nostre coppie, rispondendo, focalizzano l’attenzione in modo differente. Cinque mamme (5/16) descrivono la relazione a due tra mamma e bambino connotandola come molto intima e in tre avanzano l’ipotesi che questa esclusività, possa a volte suscitare gelosie nel papà, che non gode del beneficio di tanta vicinanza. Sei papà (6/12) descrivono la relazione con il loro piccolo come un momento di gioia, in cui solitamente si cerca di sollevare la mamma e consentirle di occuparsi delle faccende domestiche. Qualche genitore (4/28) pone più il focus sulla coppia e descrive come un ritorno al nido sicuro e di protezione il ricongiungimento serale con il partner. In un caso la relazione diadica viene associata al benessere e relax del terzo escluso, situazione in cui viene lamentata molta stanchezza fisica e mentale.

GRADO DI ACCORDO TRA PARTNER

Abbiamo posto un’altra domanda: “Provi per un attimo a mettersi nei panni del suo partner

... Secondo lei, ci sarà un elevato grado di accordo tra le sue risposte e quelle del suo partner, oppure no?”. Dal questionario emerge che i genitori si aspettano di riscontrare un elevato grado di accordo nelle risposte del partner, altri che vi siano delle differenze nel modo di percepire la loro situazione, soprattutto riguardo alle difficoltà riscontrate. Le mamme, infatti, forse sono maggiormente in prima linea nell'accudimento, specialmente in queste prime fasi dello sviluppo, e in qualcuna vi è forse la preoccupazione di non vedersi riconosciuta la fatica e i grossi cambiamenti affrontati. In sette ipotizzano che possa non esserci accordo riguardo alla descrizione dei legami con le famiglie acquisite. Confrontando le risposte di ciascuno spesso le tematiche menzionate sono simili, soprattutto rispetto alle aree critiche. In un solo caso, c'è molto disaccordo nella descrizione del rapporto di coppia e della situazione di vita che stanno vivendo.

CONCLUSIONI E RIFLESSIONI FINALI

In generale possiamo affermare che le risposte raccolte nel questionario sono perlopiù coerenti con le ipotesi fatte sulla base della letteratura sull'argomento.

Non ci aspettavamo, sebbene la letteratura riportasse dati interessanti circa l'esistenza di fattori protettivi per la coppia, nel periodo dopo la nascita del primo figlio, che molte famiglie avessero un così alto livello di consapevolezza rispetto a quelle che possono essere le risorse e le criticità presenti in questo processo di transizione.

Dai racconti dei neogenitori emerge, infatti, la percezione dell'esistenza di alcune risorse, come ad esempio, sembra molto importante per la maggior parte di loro poter comunicare nella coppia e coinvolgersi reciprocamente negli impegni e in tutte le attività che riguar-

dano il piccolo, l'organizzazione domestica e le prospettive future.

Un altro fattore già individuato in letteratura e descritto come significativo anche nei questionari è quello del sostegno sociale; un nuovo tema emerso in proposito è stato invece l'importanza data alla condivisione con altre coppie di neogenitori. Sia le neomamme che i neopapà dichiarano infatti di trarre molto giovamento nel sentirsi capiti, nell'osservare negli altri le medesime difficoltà che, viste tra le proprie mura domestiche, possono apparire insormontabili.

La dimensione del tempo pare connettersi con il ruolo della famiglia allargata. Il sostegno della rete parentale, infatti, è soprattutto di tipo pratico, e, laddove presente e accettato, consente di avere più tempo da dedicare alla coppia. In questo momento, infatti, non si può essere sostituiti, ma si rende necessario attraversare un processo di crisi, di crescita personale, di coppia e di famiglia. A questo proposito, può essere una risorsa anche il sostegno di tipo istituzionale, attraverso la figura dell'ostetrica, il consultorio, l'associazione o altre persone con ruoli di supporto in questa fase di vita, nel periodo dopo la nascita. Anche prepararsi prima, soprattutto per la coppia e non solo per la mamma, viene riportato come elemento che può aiutare a vivere più serenamente il cambiamento.

Alla fine del nostro lavoro abbiamo riflettuto su quali altri aspetti sarebbe interessante indagare ulteriormente.

Un'area da approfondire potrebbe essere quella delle aspettative collegate al processo di transizione alla genitorialità. Sarebbe interessante sapere se la gravidanza è stata attesa, desiderata, oppure inaspettata. Inoltre, si potrebbe effettuare un confronto tra il tipo di cambiamenti che i genitori si erano prefigurati prima della nascita e le successive sensazioni

di conferma o disattesa, al fine di ipotizzare eventuali ripercussioni o influenze sul rapporto di coppia. La nostra impressione, infatti, è che i neogenitori, trasmettano nelle loro risposte la sensazione di sorpresa rispetto ai cambiamenti avvenuti, quasi come se non fossero stati adeguatamente preparati.

Crediamo che con il nostro lavoro siano emersi interessanti spunti da considerare in ambito clinico, nell'incontro con i neogenitori e le nuove famiglie.

Per noi è stato importante poter riflettere sulle modalità attraverso le quali un terapeuta può partecipare ad un momento di così complessa e fertile genesi relazionale. Ci siamo interro-

gate sui tempi nei quali può essere preferibile lavorare con la famiglia, ovvero se sia opportuno pensare, in un'ottica di prevenzione, a percorsi di accompagnamento in questa fase così delicata, ma anche di enormi potenziali generativi, o sia meglio intervenire se e solo quando il disagio emerge.

Abbiamo pensato, inoltre, all'ipotesi in cui il livello personale del terapeuta che si trova anche lui in prima persona a vivere un momento simile nel proprio ciclo di vita, possa in una certa misura sovrapporsi con quello professionale. In questo caso, un buon grado di consapevolezza, può arricchire ulteriormente il quadro complessivo di competenze.



Bibliografia

- Belsky, J., Crnic, K., & Gable, S. (1995). *The determinants of coparenting in families with toddler boys: Spousal differences and daily hassles*. *Child Development*, 66, 629-642.
- Belsky, J., Kelly, J. (1994). *The transition to parenthood: how a first child changes a marriage. Why some couples grow closer and others apart*. Dell, New York.
- Belsky, J. e Vondra, J. (1990) *Lessons from child abuse: the determinants of parenting* citato in Byng Hall (1998) *Le Trame della famiglia. Attaccamento sicuro e cambiamento sistemico*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Binda, W. (1997) *Diventare famiglia. La nascita del primo figlio*. Milano: Franco Angeli.
- Boszormenyi-Nagy, I. e Framo, J.L. (1985). *Intensive Family Therapy. Theoretical and Practical aspects*. Hoeber Medical Division. Tr It. (a cura di) Boszormenyi- Nagy, I. e Framo, J.L. *Psicoterapia intensiva della famiglia*. Torino: Bollati Boringhieri. 1969)
- Bouchard, G., Boudreau, J., & Hébert, R. (2006). *Transition to parenthood and conjugal life. Comparison between planned and unplanned pregnancies*. *Journal of Family Issues*, 27, 1512-1531
- Bowlby, J. (1989). *Una base sicura*. Milano: Cortina
- Byng-Hall, J. (1998), *Le trame della famiglia. Attaccamento sicuro e cambiamento sistemico*. Milano: Raffaello Cortina
- Cutrona, C. E. et al.(1990). *Stress and social support: in search of optimal matching*. *Journal of Social & Clinical Psychology*, 9, 3-15
- Engfer, A. (1988). *The interrelatedness of marriage and the mother-child relationship*. In R.A. Hinde, & J. Stevenson Hinde (Eds.), *Relationships within families: Mutual influences* (104-118). Oxford: Clarendon Press.
- Fivaz-Depeursinge, E., Corboz-Warnery, A., (1999). Tr. It (2000) *Il triangolo primario: le prime interazioni triadiche tra madre padre e bambino*. Milano: Raffaello Cortina.
- Florsheim, P. et al., (2003). *The transition to parenthood among young Africa and American and Latino couples: relational predictors of risk for parental dysfunction*. *Journal of Family Psychology*, 17, 65-79.
- Goldberg, W. A, Eaterbrooks, M.A. (1984). *The role of marital quality in toddlers development*. *Developmental Psychology*, 20, 504-524
- Johnson, D.R. (1986). *Dimensions of Marital Quality: Toward Methodological and Conceptual Refinement*. *Journal of Family Issues*. 7 (1), pp. 31-49
- Katz-Wise, S.L., Priess, H.A., & Hyde, J.S. (2010). *Gender-role attitudes and behavior across the transition to parenthood*. *Developmental Psychology*, 46, 18-28.
- Kluwer, E.S., & Johnson, M.D. (2007). *Conflict frequency and relationship quality across the transition to parenthood*. *Journal of Marriage and Family*, 69, 1089-1106.
- Lis, A. & Mazzeschi, C. Zennaro, A. (2001). *La soddisfazione coniugale prima e dopo la nascita del primo figlio. Uno studio longitudinale condotto attraverso l'uso del colloquio*. *Psicologia Clinica dello Sviluppo*, 1, 55-76
- Malagoli Togliatti, M. Angrisani, P. Barone, M. (2000). *La psicoterapia con la coppia. Il modello integrato dei contratti*. Milano: Franco Angeli
- Malagoli Togliatti, M. Tafà, M. (2005) *Gli interventi sulla genitorialità nei nuovi Centri per le Famiglie*. Milano: Franco Angeli
- Malagoli Togliatti, M. Lavadera, A. (2002) *Dynamiche relazionali e ciclo di vita della famiglia*. Bologna: Il Mulino
- Malagoli Togliatti, M. Mazzoni, S. (2006), *Osservare, valutare, sostenere la relazione genitori-figli*. Il Lausanne Trilogue Play clinico. Milano: Raffaello Cortina
- Malagoli Togliatti, M. Zavattini, G.C. (2006). *Introduzione*. *Infanzia e Adolescenza*, vol 5, n. 2, pp 69-72
- Manning, W.D., Smock, P.J. (2005). *Measuring and Modeling Cohabitation: New Perspectives From Qualitative Data*, *Journal of Marriage and Family*, 67, pp. 989-1002
- Mc Goldrick, M., Carter, E. (1980). *The family life cycle*. In Walsh, F. (ed.) *Normal Family Processes*, New York, Guilford Press (Tr.it. *Il ciclo di vita della famiglia*, in Walsh, F. (a cura di), *Stili di funzionamento familiare*, (1993)
- McHale, J.P, Carleton, M., Khazan, I., De-Courcey, W. (2002). *Do prebirth expectancies about co-parenting foreshadow postbirth co-parenting dynamics*. Paper presented at the 8th congress of the World association of Infant Mental Health. Amsterdam
- McHale, J.P, Cowan, P. (1996). *Understanding how-family-level dynamics affect children's development: studies of two-parent families*. San Francisco: Jossey-Bass

- Minuchin, S. (1993) Tr. It. *Famiglie e terapia della famiglia*. Roma: Astrolabio.
- Mitnick, D.M. Heyman, R.E. Smith Slep, A.M. (2009) *Changes in relationship satisfaction across the transition to parenthood: a meta-analysis*. Journal of Family Psychology, Vol. 23, n. 6, 848-852
- Nelson, J.A., O'Brien, M., Blankson, A.N., Calkins, S.D., & Keane, S.P. (2009). *Family stress and parental responses to children's negative emotions: Tests of the spillover, crossover, and compensatory hypotheses*. Journal of Family Psychology, 23, 671-679
- Norsa, D. Zavattini, G.C. (1997) *Intimità e collusione. Teoria e tecnica della psicoterapia psicanalitica di coppia*. Milano: Raffaello Cortina Editore
- Reiss D (1989), *La famiglia rappresentata e la famiglia reale*. In tr. it. Sameroff, A.J. Emde, R.N. (a cura di) (1991) *I disturbi delle relazioni nella prima infanzia*. Torino: Bollati Boringhieri, 200-230.
- Rollins, B.C Feldman, H. (1970) *Marital satisfaction over the family life cycle*, Journal of Marriage and Family, 32, 20-28
- Scabini, E., Cigoli, V. (2000). *Il famigliare. Legami, simboli e transizioni*. Milano: Raffaello Cortina
- Settersten, R. A., Furstenberg, F. F., Rumbaut, R. G. (2005). *On the Frontier of Adulthood. Theory, Research and Public Policy*. Chicago: University of Chicago Press
- Tafà, M., Rivelli M.C., Malagoli Togliatti M., (2000). *La coppia e la transizione alla genitorialità*. Rassegna di Psicologia, vol. XVII, 1, pp 95-125
- Trevarthen, C. (1998), *Empatia e biologia. Psicologia, cultura e neuroscienze*. Milano: Raffaello Cortina Editore
- Tronick, E. Z. (1989), *Le emozioni e la comunicazione affettiva nei bambini*, in Riva, C. Crugnola, (a cura di), *La comunicazione affettiva tra il bambino e i suoi partner* (1999). Milano: Raffaello Cortina Editore, 73-108.
- Van Egeren, L.A. (2004) *The development of the co-parenting relationship over the transition to parenthood*, Infant Mental Health Journal, 25, 453-477
- Wallace, P. M. Gotlib, I. H (1990) *Marital Adjustment during the transition to parenthood: stability and predictors of change*, Journal of Marriage and the Family, 52, 21-29
- Zavattini, G.C. (1999) *Identificazioni genitoriali e trasmissione transgenerazionale delle relazioni rappresentate*, in Loredio C., Solfaroli Camillocci D., Micheli M. (a cura di) *Genitori. Individui e relazioni intergenerazionali nella famiglia*. Milano: Franco Angeli, pp. 50-58.

Potenziare le abilità relazionali nell'incontro dei servizi con le famiglie

Federico Filippi*

Sommario

La sofferenza mentale, prima ancora di essere conosciuta dalle istituzioni, viene vissuta e conosciuta dalla famiglia. Ogni suo membro vi entra in contatto, ed è solo in un momento successivo che l'istituzione, con i suoi professionisti, si propone di accompagnare la persona sofferente nel suo percorso di cura. Un passaggio fondamentale durante questo cammino consiste nell'ascolto e valorizzazione dei bambini e del loro vissuto. Se la loro sofferenza rimanesse inascoltata, potrebbe essere generatrice di nuova sofferenza nella famiglia, in una spirale senza fine. Al tempo stesso anche il genitore "malato" sente la necessità di vedere riconosciuta la propria genitorialità, e di sentirsi pensato come ancora capace di essere un bravo genitore.

Parole chiave:

Malattia, sofferenza, valorizzazione dei bambini, famiglia, genitorialità

Summary

Mental suffering, before being known by the institutions, is experienced and known by the family. Each member will come into contact, and it is only at a later date that the institution (with its professionals) aims to accompany the person suffering in his course of treatment. A critical step in this process consists in listening and exploitation of children and their experiences. If their suffering remained unheeded, it could be generating new distress in the family, in an endless spiral. At the same time, also the "sick" parent feels the need for recognition of his parenting, and feeling still thought of as capable of being a good parent.

Key words:

Disease, suffering, exploitation of children, family, parenting

*1 anno - Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Sistemico Integrata

I SERVIZI

Il mondo con cui l'operatore sociale entra in relazione, attraverso un atteggiamento di cura e riparazione, è generalmente quello del problema umano (Folgheraiter, 1994). Da un lato l'operatore aspira a risolvere ciò che non funziona, dall'altro a mantenere una condotta di cura sociale a cui ambisce per mandato istituzionale. Diversamente, l'operatore sociale assistenziale si limita a rimanere un ingranaggio, autodelimitando la propria azione a tassello della complessa burocrazia dei servizi. È in grado di offrire un pezzetto di risposta, non curandosi particolarmente di avere una visione armonica d'insieme, e manifestando apparentemente di avere una prospettiva di lavoro ripiegata su se stessa. L'operatore sociale ha, potenzialmente, la possibilità di proiettarsi al di là della semplice dimensione di erogatore di servizi, cioè come colui che può fungere da stimolatore di nuove risorse, facendo così scaturire nuove risposte dalle implicite premesse delle domande. Le difficoltà incontrate dagli operatori sociali, sono di duplice natura: qualitativa ovvero sono generati della complessità del lavoro, e quantitativa cioè conseguenza del carico di lavoro. Il compito del singolo operatore potrebbe essere quello di creare ponti, unire ed interconnettere persone, costruire perciò le condizioni perchè la rete possa così facilitare e produrre cambiamento.

I servizi e le professioni sociali sembrano vivere la contraddizione di due logiche apparentemente contrapposte: da un lato la necessità di burocratizzazione e standardizzazione dei servizi, e dall'altro la difficoltà di umanizzare le prestazioni sociali. Infatti la difficoltà dei servizi sembra essere quella conciliare fra loro "cuore e cervello", cioè la difficoltà di tenere uniti i bisogni umani fondamentali (il bisogno dell'utente di essere accettato, considerato e

valorizzato, di dar significato al proprio tempo, ecc.) con il bisogno di cura (di essere badato, accudito, trattato). Assistiamo pertanto alla difficoltà della rete di servizi di differenziare la gamma di prestazioni nella tenace e persistente ricerca di risoluzione dei problemi individuali, e al tempo stesso alla difficoltà di mantenere vivo il senso umano durante le azioni e gli interventi necessari per erogare i servizi. Sembra evidente la necessità di una collaborazione interdisciplinare che permetta la presa in carico dell'intera famiglia, co-definendo le procedure da mettere in atto e gli obiettivi da raggiungere. La dinamica delle relazioni familiari viene purtroppo considerata comunemente una dimensione privata, e perciò difesa, protetta, e tutelata. Ogni possibile intervento sul singolo problema ha così una ridotta probabilità di essere attuato, o di raggiungere la famiglia in difficoltà (Avanzini, 1988). Sembra mancare una concezione dinamica di reciproca relazione e sviluppo tra le reti informali (le reti, la famiglia, la comunità) e le reti formali (servizi strutturati, professionalità sociali, ecc.). Il circolo vizioso che si instaura sembra il seguente. Le famiglie (le reti) tengono sotto controllo i problemi finché questo è nelle loro possibilità. Quando questo controllo viene meno, i problemi vengono ceduti ai servizi. Se i servizi si trovano anch'essi in difficoltà, i problemi vengono nuovamente rimbalzati alle reti, in attesa che, probabilmente, il ciclo si ripeta. Il lavoro di rete risente del passaggio dalla teoria alla pratica, cioè nel passare da una dimensione astratta ed ipotetica ad una concreta e pragmatica. "Il problema è appunto di riuscire a innestare una sorta di differenziale fra la teoria (gli approcci strategici, i modelli, ecc.) e la pratica, così da incrementare la complessità degli effetti con prestazioni e comportamenti professionali il più possibile semplici." (Folgheraiter, 1994, pag.163).

L'approccio di rete può favorire il superamento della distinzione esistente tra un approccio prevalentemente orientato all'assistenza e alla cura (riparazione) e quello invece orientato allo sviluppo (promozione e prevenzione). Questo approccio non consiste in nuove procedure o nuove tecniche in quanto è "[...] più una forma mentis che un insieme di teorie o pratiche nuove." (Folgheraiter, 1994, pag.164).

Le agenzie sociali che lavorano con le famiglie hanno a disposizione un ventaglio di possibili interventi, sulla base dei bisogni o della situazione in cui versa il sistema familiare. Si possono così distinguere interventi di sostegno, utili quando le famiglie si trovano a fronteggiare eventi critici inattesi, da interventi di facilitazione nel caso in cui le famiglie si trovino ad affrontare i compiti evolutivi previsti nelle diverse tappe del loro ciclo di vita. Gli interventi di tutela e controllo vengono invece attuati nel caso in cui una famiglia mostri problematiche relative ad abuso, violenza o grave incapacità ad assolvere i compiti di cura dei suoi componenti. Gli interventi di mediazione vengono messi in atto qualora la famiglia si trovi in difficoltà nella gestione autonoma dei conflitti. Infine, gli interventi terapeutici vengono proposti nel caso in cui uno o più membri del nucleo familiare manifestino disagio psico-patologico. In questo caso obiettivo dell'intervento è modificare le dinamiche interattive e relazionali all'origine del disagio (Fruggeri, 1997).

Così come in ogni comunicazione è possibile distinguere un aspetto di contenuto e uno di relazione (Watzlawick, Beavin, Jackson, 1971), anche ogni prestazione (socio-assistenziale, sanitaria, ecc..) presenta questo doppio livello descrittivo: il livello tecnico concerne il contenuto della prestazione, diversamente da quello relazionale ovvero le modalità attraverso le quali viene eseguito

il livello tecnico. Mentre è possibile definire strumenti e procedure più efficaci di altre, la scelta di quale sia la modalità relazionale più appropriata non avviene aprioristicamente, ma viene valutata di volta in volta in base al contesto delle dinamiche familiari. Ma perché sia possibile l'erogazione di un servizio o di una prestazione accettabile, l'organizzazione razionale e la dimensione relazionale, la mente e il cuore, presi singolarmente non sono sufficienti: sembra fondamentale la necessità di cogliere e comprendere come l'interdipendenza tra queste due dimensioni sia doverosa ed indispensabile.

Fino ad ora si è assistito alla settorializzazione gli interventi divisi tra loro per il tipo di devianza, mantenendo al tempo stesso le suddivisioni istituzionali e territoriali: è in questo modo di concepire i servizi che secondo Avanzini (1988), emergono le contraddizioni, le conflittualità e l'inadeguatezza dei servizi stessi; pertanto sarebbe necessario un recupero delle responsabilità da parte delle comunità sociali anziché allargare la delega ai singoli professionisti dell'intervento per singoli bisogni assistenziali. La debolezza sembra essere quella di aver concepito i servizi in un'ottica lineare e deterministica in relazione ai bisogni delle persone (più bisogni uguale più servizi), sottovalutando la reale complessità dei problemi sociali (qualcosa di diverso dalla somma algebrica dei problemi dei singoli individui). La difficoltà maggiore sembra perciò essere quella di coniugare la specializzazione delle prestazioni con l'umanizzazione delle stesse.

IL CONCETTO DI RISCHIO E LA TUTELA DEL MINORE

Il minore viene definito a rischio se il funzionamento familiare non è adeguato, quando cioè si suppone che la famiglia possa svilup-

pare sintomi significativamente patologici. Il rischio (fisico, psichico, sociale) deriverebbe dall'appartenere ad una famiglia in difficoltà, quella che viene anche chiamata "famiglia-problema". Ogni condizione di abuso, sia esso attivo (percosse, lesioni) o passivo (trascuratezza, carenze affettivo-relazionali) provoca cambiamenti significativi che incidono nel processo evolutivo del minore e sul suo contesto di vita, in particolar modo quello familiare. Ma che cosa intendiamo per rischio? Possiamo definirlo come la "[...] potenzialità di incorrere in una patologia fisica e psichica, semplice o complessa, a causa di determinati fattori, presenti in modo non casuale nel contesto di vita del bambino." (Donati, 1988, pag.23). È possibile parlare di rischio ogni qualvolta si è in grado di prevedere gli esiti di un'azione o situazione in cui sono presenti fattori che indicano l'esistenza di una significativa possibilità di associazione, causalità o con-causalità con risultati patologici (come sviluppo distorto, mancato, o lesivo per il minore). La natura dei fattori può essere quella di singoli agenti patogeni piuttosto che di particolari tipi di legami e relazioni sociali, che possono agire direttamente o indirettamente, e che possono rappresentare situazioni che devono ancora verificarsi, oppure già in atto. Al contempo emerge una concezione ambivalente del rischio, che viene etichettato come elemento potenzialmente negativo e come fattore necessario al cambiamento in quanto capace di produrre innovazione in tutte le sfere di vita (Donati, 1988). L'autore propone una distinzione tra rischio normativo e rischio empirico. Il primo si riferisce al confronto tra la particolare situazione e le norme socioculturali, quando cioè si suppone con sicurezza che la presenza di determinati fattori o comportamenti produrrà lo sviluppo di patologie. L'idea implicita consiste nella ne-

cessità di un certo ordine sociale che sia in grado di garantire le condizioni ottimali per evitare la possibilità di insorgenza di patologie. Il secondo invece parte dall'analisi della situazione concreta, ed individua sintomi e disfunzioni nei comportamenti e nella condizione psicofisica del minore. Occorre perciò considerare come i genitori in difficoltà si rapportano al figlio, come interagiscono con lui, quali sono le reazioni del minore, e se sviluppa comportamenti sintomatici. Queste due diverse prospettive non sono autoescludentesi quanto complementari: la prima ha carattere normativo in quanto legata al sistema di valori, il secondo è pragmatico ed orientato alla vita quotidiana.

I fattori di rischio (Malaguti, 2005) possono essere distinti in:

- situazione familiare compromessa (disturbi psichiatrici e comportamentali, separazione dal caregiver, decesso di uno o di entrambi i genitori, malattia cronica di un genitore, litigi continui, violenze familiari, divorzio, tossicodipendenza, ecc.)
- problemi di salute del minore o della famiglia (disabilità mentale o fisica, sofferenza neonatale, deficit fisici e/o cognitivi, malattia grave, ecc.)
 - a. minacce vitali per il minore e la sua famiglia (guerre catastrofiche, deportazioni, torture, ecc.)
 - b. fattori sociali e/o ambientali (migrazione, isolamento relazionale, povertà, disagio economico, ecc.)

Definire una *famiglia a rischio* produce un'etichettamento che, il più delle volte, è dannoso per i soggetti coinvolti. È necessario considerare le regole di funzionamento familiare e le sfide che esse generano, così come il rapporto tra sfide e risorse familiari, e più in generale il rapporto esistente fra tutte queste componenti ed il contesto esterno.

Un ulteriore modo per spiegare il significato di rischio, è quello proposto da Avanzini (1988). Nel *modello dei Bisogni* la genesi del rischio risiede nell'impossibilità o incapacità di soddisfare i bisogni fondamentali del minore; nel *modello delle Transazioni* il rischio emergerebbe ogni qualvolta le richieste rivolte al minore superano le sue risorse e capacità; infine nel *modello delle Transizioni* il rischio è insito in ogni fase di cambiamento che comporta la ridefinizione del minore in relazione alla famiglia e al contesto esterno.

LA RESILIENZA

Superare positivamente le difficoltà mette in discussione un pregiudizio diffuso nella nostra cultura, secondo il quale chi durante la propria vita è esposto ad esperienze dolorose oppure ad un grave trauma, o necessariamente sviluppa difficoltà insuperabili, oppure è definitivamente condannato. All'interno della nostra cultura si avverte un certo disagio nei confronti della sofferenza individuale, è una condizione che deve essere allontanata da sé nel minor tempo possibile. La resilienza si situa al di là delle strategie di coping e di risoluzione dei problemi, in quanto permette di stabilire legami più forti e di acquisire maggiori competenze per affrontare problemi futuri. Crisi e difficoltà sono estremamente interconnesse con la condizione umana: il concetto di resilienza è in grado di offrire una valida cornice teorica per potenziare le risorse nella pratica clinica. È possibile coniugare due aspetti che difficilmente pensiamo possano coesistere in un individuo: una situazione di difficoltà connessa ad un funzionamento non patologico. La resilienza "[...] può essere definita come la capacità di riprendersi e di uscire più forti e pieni di nuove risorse dalle avversità. È un processo attivo di resistenza, di autoriparazione e di crescita in risposta alle crisi e

alle difficoltà della vita" (Walsh, 2008, pag.5). Sembra delinearsi un'immagine di resilienza come qualcosa che trascende il semplice sfuggire o superare le difficoltà. La resilienza permette alle persone di assumere il controllo della propria esistenza, risanando le proprie ferite e riprendendo a vivere ed amare pienamente. Questo modello considera la persona nella sua interezza, con limiti e risorse, oltre che con le sue fragilità e debolezze (Cyrulnik B., Malaguti, 2005; Laudadio A., Maz-zocchetti L., Fiz Pérez F. J., 2011, Malaguti, 2005; Walsh, 2008).

Si possono individuare alcuni fattori e processi implicati nella resilienza relazionale come la flessibilità, la capacità di stare in relazione (coesione), le risorse sociali ed economiche (Walsh, 2008). Per *flessibilità* si intende la capacità di adattarsi e modificarsi di fronte alle avversità. La tendenza dei sistemi umani è di resistere ai cambiamenti, ma al tempo stesso il cambiamento è parte integrante della natura umana. Occorre adattarsi alle richieste dell'ambiente all'interno di un gioco dinamico di oscillazione continua tra stabilità (omeostasi) e cambiamento (morfogenesi): si può così definire una struttura familiare al tempo stesso solida pur mantenendo capacità di cambiamento.

Di fronte ad un evento sfavorevole, la tendenza è quella di tentare un recupero della tranquillità e della sicurezza perduti, provando a ricreare l'ordine precedente. Quando la famiglia ha bisogno di trovare un nuovo assetto rispetto a quello precedente che è stato perduto, è importante che si stabiliscano nuove routine in grado di garantire un senso di continuità con il passato. La resilienza familiare può essere definita come l'abilità di equilibrare stabilità e cambiamento nelle strategie che vengono utilizzate dai diversi membri della famiglia per affrontare le difficoltà. Il

cambiamento provoca paura e genera resistenza, nel tentativo di non perdere il controllo della propria vita. Le condizioni presenti sono conosciute, diversamente da quelle incerte e ignote del cambiamento. Il presente spiacevole ma conosciuto, riesce a fare meno paura di un futuro inesplorato. È perciò necessaria la consapevolezza, da parte dei professionisti delle relazioni di aiuto, della riluttanza al cambiamento da parte dei pazienti. *La coesione* permette di definire la qualità dei legami strutturali ed emotivi che esistono tra i membri della famiglia. Famiglie caratterizzate da uno stile organizzativo centripeto (cioè profondamente coeso) possiedono la capacità di orientarsi positivamente al futuro, sono in grado di bilanciare sostegno, intimità ed impegno reciproco, e sono anche in grado di favorire processi di differenziazione pur mantenendo un senso di appartenenza familiare. Contrariamente, le famiglie caratterizzate da uno stile organizzativo centrifugo (disimpegnato) ricercano all'esterno la gratificazione. Un modo per valutare il grado di coesione è quello di utilizzare i concetti di prossimità e di gerarchia. I confini familiari devono essere al tempo stesso flessibili e solidi, in modo tale da garantire la possibilità di poter sperimentare contemporaneamente autonomia ed interdipendenza. Occorre che vengano garantiti oltre che l'autonomia, anche la differenziazione, la diversità e l'originalità. I confini generazionali garantiscono la possibilità di mantenere un'organizzazione gerarchica all'interno delle famiglie. Infine, le risorse rendono conto di come le reti familiari e sociali estese siano in grado di offrire sia assistenza materiale che sostegno emotivo: tali reti permettono un aiuto concreto, il conforto, la compagnia e il sostegno.

Famiglie e resilienza

Possiamo definire la famiglia come “un'unità

sociale che deve affrontare una serie di compiti evolutivi” (Minuchin, 1976, p.24). La famiglia attribuisce dunque un significato alle diverse esperienze che si trova a vivere durante la propria storia. Diviene pertanto centrale comprendere come la famiglia sia in grado di affrontare situazioni di crisi e quale significato essa vi attribuisce. Un evento critico è in grado di provocare cambiamenti nel sistema di credenze familiare ed avere ripercussioni sui processi di riorganizzazione immediati e di adattamento nel lungo periodo. La famiglia darà un significato e un senso alle avversità, riuscendo a leggere in maniera costruttiva ciò che è accaduto. Ciò può avvenire attraverso l'identificazione delle risorse, l'incoraggiamento reciproco, l'assumere una posizione che riconosca realisticamente ciò che può cambiare da ciò che non può modificarsi, e che possieda fiducia nella possibilità di superamento delle difficoltà e degli ostacoli, ovvero quella che si può chiamare un'ottimistica speranza. La speranza infatti “combina una decisione interna – uno slancio di fede – con un evento esterno che vogliamo intensamente si verifichi.” (Walsh, 2008, pag.81). La speranza è una credenza rivolta al futuro che trascende le difficoltà attuali, proiettando l'individuo al di là delle difficoltà presenti, quasi fossero già state superate. La capacità di contestualizzare l'esperienza accresce la resilienza familiare, normalizzando ciò che è accaduto e riducendo il disagio, in modo tale da allargare gli orizzonti interpretativi. Normalizzare l'evento riduce la possibilità che si ricorra alla vergogna e al biasimo, impedendo di patologizzare la sofferenza che verrebbe vissuta invece come una condizione normale dell'esistenza umana. Per affrontare un evento difficile, le famiglie hanno bisogno di contenere lo stress, organizzarsi ed attivare le proprie risorse interne ed esterne, ridefinire un nuovo equilibrio che permetta di adattarsi ai

cambiamenti in atto. La resilienza familiare permette di individuare quelle strategie di coping e processi di adattamento che intervengono all'interno della famiglia. Le procedure messe in atto per gestire ed affrontare esperienze difficili, per gestire lo stress, quali modalità riorganizzative verranno prodotte, influenzeranno i processi di adattamento a breve e a lungo periodo di tutti i componenti, così come il loro benessere psicofisiologico.

L'accento sulla resilienza permette di spostare il punto di osservazione da una visione centrata sul danno delle famiglie in difficoltà, ad una che evidenzia il disagio familiare valorizzandone il potenziale positivo di recupero ed evoluzione. Si può vivere il dolore con coraggio, e affrontare le difficoltà con competenza. Walsh (2008) spiega che un modello basato sul concetto di resilienza familiare può fornire una mappa concettuale in grado di orientare un ampio numero di interventi sociali. I sintomi vengono messi in relazione ad eventi passati, presenti, o futuri (potenziali), ai significati assunti da tali eventi e alle risposte di coping messe in atto dalla famiglia. Lo sfondo positivo e pragmatico permette di rinforzare la famiglia, promuovendo un clima di fiducia condivisa e di mutuo sostegno. La prospettiva sistemica permette di cogliere le modalità familiari di gestione dello stress, come vengono affrontate le crisi e le situazioni continuative di disagio. Il punto di vista non è quindi solo quella di risolvere problemi, bensì di prevenire problematiche derivanti la gestione futura di eventi problematici. Un orientamento clinico orientato alla resilienza familiare tende a considerare oltre le difficoltà e i vincoli della famiglia, anche il suo potenziale e le sue risorse.

Fattori di protezione

I fattori di protezione modulano la reazione prodotta da un individuo di fronte ad una situazione rischiosa/pericolosa, la cui risultante

dipenderà dall'interazione complessiva tra individuo e ambiente. Malaguti (2005) distingue i fattori di protezione in:

1. individuali (temperamento, genera, età, attrazione, locus of control, QI, ecc.)
2. familiari (affettività, calore umano, armonia familiare, relazioni positive con i caregiver)
3. extrafamiliari (rete di sostegno sociale, insegnanti ed educatori).

La crisi può essere una occasione di unione e di saldamento dei legami, e permettere ai membri della famiglia di affrontare meglio le avversità se sanno di poter contare l'uno sull'altro. Questa capacità viene potenziata quando le relazioni all'interno delle famiglia sono contraddistinte dal senso di fiducia reciproca e da un forte senso di lealtà. Credenze ed azioni sono perciò strettamente interconnesse: le credenze agiscono come precursori dell'azione. Una delle caratteristiche più interessanti della resilienza risiede nella capacità di trasformare un'esperienza dolorosa in apprendimento, cioè la capacità di acquisire competenze utili a migliorare la qualità della vita. L'evento traumatico che causa un dolore profondo, spesso all'origine di comportamenti ed azioni funeste, può invece diventare un motore positivo di cambiamento. L'inversione di tendenza che può trasformare un circolo vizioso in un circolo virtuoso è resa possibile dall'incontro con la sofferenza, dalla sua accettazione come parte costitutiva dell'essere umano, dalla capacità di integrare i limiti con le risorse e dalla comprensione che l'esperienza può essere una occasione di sviluppo per l'individuo. Pensare "*resiliente*" significa prendere le distanze da una rigida prospettiva deterministica, riconoscendo non solo i fattori di rischio ma anche, e soprattutto, quelli protettivi (Malaguti, 2005).

Il concetto di resilienza offre un'alternativa a

quella che Watzlawick et al. (1971) chiamano profezia che si autodetermina, ovvero la circolare relazione tra predizione ed evento: la predizione genera l'evento, che a sua volta verifica tragicamente la predizione. Per esempio, genitori che da bambini sono stati maltrattati possono interrompere il ciclo di violenza e non diventare a loro volta genitori abusanti. Al tempo stesso, nascere e crescere in una famiglia positiva (riconosciuta socialmente come tale), non produce ineluttabilmente uno sviluppo sereno e positivo. Nel *processo resiliente*, dimensione diacronica e sincronica si incontrano permettendo di costruire e ricostruire e assieme combinare la dimensione biologica individuale con il contesto sociale, così da permettere all'individuo di creare una assertiva rappresentazione di sé. Si può parlare di resilienza come di equilibrio evolutivo tra vulnerabilità e fattori protettivi interni ed esterni alla persona, e gli elementi negativi o stressanti del contesto (Walsh, 2008).

ESSERE CONTEMPORANEAMENTE GENITORI E PAZIENTI

Anthony (1970) ha tentato di scoprire attraverso quali modalità le diverse famiglie si adattano, si assestano ed accomodano relativamente alla malattia mentale, e quali cambiamenti di organizzazione e di funzionamento ne risultano. Dopo diversi anni di studio, ha così concettualizzato i diversi effetti prodotti dalla malattia mentale dei genitori nella vita familiare:

- *La malattia come perturbazione.* La malattia della madre come disorganizzazione della routine familiare, mentre la malattia del padre comporta lo scoraggiamento e lo sconforto in conseguenza dell'abbassamento del livello di vita. Migliore sarà la storia premorbose della famiglia per quanto concerne l'organizzazione e l'integrazione,

migliori saranno le possibilità di adattamento alla malattia. Si verificano cambiamenti di status, ruolo, nella forza e direzione tra i membri della famiglia, nella quantità di rapporti sessuali tra i partner coniugati, nel mantenimento della disciplina e nella relazione dei doveri routinari per la tenuta della casa. Gli effetti extrafamiliari della malattia condurranno al ritiro della famiglia, ora particolarmente assorbita dalle difficoltà, dai contatti attivi con il suo gruppo sociale.

- *Malattia come comportamento deviante.* Una fuga dagli obblighi della vita di tutti i giorni, cioè malattia come soluzione specifica ai problemi della vita. Esistono due problemi connessi alla malattia: 1- il paziente deve apprendere ad essere malato; 2- i familiari devono imparare a rispondere alla sua malattia. L'esperienza comporta per entrambe le parti dei cambiamenti: il paziente deve adattarsi alle condizioni di malattia e di salute, e la famiglia deve adattarsi alla alternanza delle due condizioni. Per entrambi (malato e famiglia) questo tipo di esperienza comporta emozioni, difficoltà, e vissuti concomitanti. La malattia procura gratificazione in quanto il malato ha l'attenzione di tutta la famiglia, ma anche vergogna: il malato è infatti inattivo, dipendente, inoccupato, privo di risorse interne e assorbito in se stesso.
- *Malattia come distruzione dei ruoli familiari complementari.* All'inizio della malattia i ruoli fino ad allora abituali, iniziano a cambiare diventando vaghi e confusi. I messaggi fino ad allora routinari, vengono ora compresi ed interpretati con difficoltà. Il movimento della famiglia tenta di ristabilire lo status quo ante, provando a persuadere il paziente a riassumere il ruolo avuto fino ad allora.
- *Malattia come crisi adattiva.* L'impatto della malattia dipenderebbe in larga misura dalla

natura delle relazioni coniugali, riflesso della relazione sperimentata con le figure di accudimento.

- *Malattia come perdita di contatto.* La malattia provoca un cambiamento radicale nel comportamento e nella personalità, al punto di essere un elemento di discontinuità nell'immagine che l'individuo ha di sé. Si verifica una frattura nel sé: esiste un sé prima della malattia e un sé diverso conseguente alla malattia.
- *Malattia come un défi descritto da Toynbee.* La malattia è qualcosa di nuovo con cui la famiglia si confronta. La risposta che la famiglia riuscirà a produrre in questa nuova sfida, sarà tanto complessa e variata, quanto quella che potrebbe elaborare la società. La malattia viene paragonata ad una forma di libertà creativa, capace di produrre un'innovazione di pensiero.

I figli di un genitore-paziente rappresentano una popolazione ad alto rischio per un duplice motivo: si trovano a contatto con i comportamenti bizzarri del genitore, e vivono una perturbazione che oltre ad essere affettiva è anche sociale. Al rischio genetico si associa il rischio psicosociale, ovvero l'insieme di fattori negativi che si associano ai disordini psichiatrici, tra cui: isolamento sociale, basse condizioni socioeconomiche, difficoltà nel chiedere aiuto, liti fra coniugi, separazione dei genitori, ecc. Se è vero che non sempre il rischio comporta un danno, è anche vero che le difficoltà possono emergere dopo un periodo anche lungo di assenza di sintomi nel bambino: i problemi possono emergere in adolescenza o addirittura in età adulta (Guaraldi, 1988).

La diagnosi del genitore probabilmente non condiziona tout court il rischio psichiatrico nel minore, ma è altresì vero che in occasione del Simposio Internazionale di Ginevra del 1983,

la commissione dell'OMS ha concluso che è necessario un intervento precoce e preventivo relativamente ai problemi genetici e psicosociali dei minori esposti a turbe mentali e comportamentali.

Il vissuto del bambino è pertanto fondamentale per comprendere il sistema famiglia e orientarlo verso il benessere. La convivenza con il genitore durante i periodi di remissione della malattia, ed i ripetuti lutti vissuti durante gli allontanamenti relativi alla riesacerbazione della malattia, vengono a creare delle famiglie a rischio, nelle quali non è da sottovalutare quale sia l'influenza e l'effetto prodotto su di essa dagli altri membri non malati mentali. Si devono considerare gli effetti cumulativi e la vulnerabilità soggettiva, perché se è vero che la diagnosi del genitore non condiziona il rischio psichiatrico per il bambino, esiste un aumento di rischio, in particolar modo quando entrambi i genitori sono ammalati.

Secondo Guaraldi (1988) i problemi sviluppati dai bambini rappresentano generalmente risposte al comportamento dei genitori, anziché condizioni geneticamente determinate. Il rischio deriverebbe non tanto dal disturbo psicopatologico in sé, quanto dall'effetto di disturbo sulla relazione. Ad esempio, l'eccessivo bisogno di cure e di attenzioni del genitore può avere ripercussioni negative sulla soddisfazione dei bisogni dei figli.

PROGETTO "KIDS TIME WORKSHOP"

In questa seconda parte intendo spiegare in cosa consista il progetto KidsTime¹, e quale genere di stimoli e suggestioni sia in grado di offrire ad una realtà diversa da quella nella

¹ Il progetto Kids Time Workshop nasce a Londra nel 1999. Precedenti Workshop con famiglie di pazienti affetti da malattia mentale, coinvolgevano esclusivamente persone adulte, ignorando i bambini cioè i membri della famiglia più vulnerabili. Il progetto si sviluppa nell'intenzione di aiutare i genitori a spiegare ai propri figli in cosa consista la malattia mentale.

quale è stato concepito. L'interrogativo "che cosa diciamo ai bambini?" racchiude al suo interno il disagio provato dai quei genitori che sentono il dovere di spiegare ai figli che cosa sta accadendo. Si è così sviluppato l'interesse di comprendere quali sono i bisogni e i vissuti dei bambini. All'interno di questi contesti, il ruolo del personale che partecipa al progetto Kidstime non è quello di formale professionista, quanto quello di "conoscente", o di "zia" o "zio", contestualizzando l'intervento all'interno di un'atmosfera simile a quella di una riunione di famiglia. Bambini e genitori hanno la possibilità di lavorare congiuntamente al professionista, e non più separatamente come accadeva in passato; è plausibile considerare le influenze reciproche che la malattia mentale dei genitori ha sui bambini, e di quali spiegazioni i bambini si costruiscono relativamente alla malattia mentale dei genitori: per esempio Sean, figlio di Kate, ringrazia così la madre: "Thanks for having a mental illness Mum...I really love coming here". (<http://www.ucl.ac.uk/clinical-psychology/EBPU/publications/pub-files/Kidstime%20Manual%20PDF.pdf>).

Il tema della malattia mentale può essere vissuta dai genitori come un tabù, tentando così di proteggere i figli da qualsiasi discussione relativa al loro disagio: diversi genitori infatti hanno riportato di sentirsi bloccati e socialmente isolati all'interno del ruolo di "malati mentali". Emergono narrazioni in cui i bambini si sentono responsabili della malattia mentale dei genitori, oppure si sentono incapaci di prendersi cura di loro. La salute mentale del bambino sembra essere influenzata sia dalla salute mentale dei genitori che dal rapporto che si instaura tra loro; allo stesso tempo la capacità del genitore con disagio mentale di vivere positivamente la relazione è influenzata dalle modalità attraverso le quali il bambino

comunica al genitore l'adeguatezza del suo ruolo genitoriale, oltre che dalla qualità generale del loro rapporto. Non sono infrequenti genitori che riferiscono di sentirsi meglio (nella relazione con i figli, non in rapporto alla loro malattia mentale) come conseguenza dei Kidstime Workshop, in particolar modo di sentirsi meno in colpa per il fatto di essere malati o di essere a volte non disponibili emotivamente.

Daniel Gwyn, psicoterapeuta sistemica della Tavistock Clinic, è convinta sia importante parlare, nel percorso di accompagnamento familiare, con genitori e figli del fattore di rischio del disturbo mentale. Propone quattro modi per spiegare la relazione causa-effetto tra la patologia del genitore e l'effetto sui figli. Gli effetti possono essere genetici, diretti, indiretti, ed effetti correlati alla malattia. La terapeuta spiega che la possibilità che il minore sviluppi difficoltà può essere ridotta aumentando la capacità di resilienza, riducendo possibili futuri problemi.

Il gruppo di lavoro multifamiliare

L'ipotesi alla base del lavoro multifamiliare è la creazione di uno spazio fisico e mentale, di un contesto in cui sia possibile condividere vissuti, storie ed esperienze, e dove permettere a genitori e figli di ascoltare altre narrazioni relative alla salute mentale, garantendo alla famiglia la giusta protezione da conflitti interni e vissuti di colpa. Il gruppo facilita la condivisione di preoccupazioni comuni, come l'essere diretti responsabili delle proprie difficoltà, la preoccupazione dell'ereditabilità della malattia mentale, e del possibile impatto negativo prodotto dalle separazioni durante ricoveri. Questo processo coinvolge e promuove sentimenti positivi, fornisce occasioni per uscire dall'isolamento e dallo stigma che solitamente si associa al disagio mentale. Il gruppo dei

genitori può essere un luogo in cui entrare in contatto con situazioni analoghe ma anche differenti dalle proprie, e dove iniziare ad affrontare con i bambini il tema della malattia mentale, tema spesso poco sviscerato in famiglia a causa dei sentimenti di vergogna e dolore che può suscitare.

A questi gruppi partecipano i *professionisti familiari* che si impegnano nelle attività, nei giochi e drammatizzazioni, evitando di assumere una posizione gerarchica. Rimangono disponibili ai familiari per diminuire l'intensità delle preoccupazioni o per chiedere consigli, offrendo la possibilità che ciò si verifichi anche attraverso modalità informali, per esempio durante i momenti non strutturati dei laboratori.

Riflessioni sul KidsTime Workshop nella realtà di Parma

Daniel Gwyn ha una esperienza ventennale come psicoterapeuta sistemica alla Tavistock Clinic di Londra, pertanto è stato invitato dall'AUSL di Parma il 6-7 giugno 2012 in qualità di formatrice. Ho potuto partecipare al questo corso intensivo in qualità di osservatore partecipante. Il proposito del corso è stato quello di promuovere lo sviluppo di capacità collaborativo-relazionali tra i diversi servizi presenti sul territorio, relativamente ai bisogni e ai rischi di minori che vivono in contesti familiari in cui sono presenti problematiche mentali. Sembra importante apprendere idonee modalità di ascolto e di comprensione delle conoscenze possedute dai minori nei confronti della malattia mentale dei genitori. C'è inoltre interesse nell'individuare punti di forza e di debolezza emergenti dall'incontro delle famiglie con i servizi.

Una parte di questa esperienza si è sviluppata attraverso task interattive e workshop, un'altra ha coinvolto le persone presenti in

simulazioni di situazioni vissute durante il proprio lavoro, alternate a frammenti di terapie e video educativi, e per concludere è stata proposta ai partecipanti una meditazione conclusiva sul lavoro svolto, capace di creare spunti di riflessione futuri.

Partecipando a questo corso intensivo, ho avuto la sensazione che, durante le task ed i workshop proposti agli operatori, emergesse un interrogativo di fondo, ovvero come sia possibile creare rapporti funzionali tra i servizi presenti sul territorio quali Neuropsichiatria Infantile, Servizi Sociali, Sert, e Salute Mentale. Le riflessioni e gli interrogativi portati dai partecipanti hanno toccato diversi argomenti. Uno di questi riguardava la necessità di individuare quale sia il modo e il momento "giusto" per coinvolgere i bambini nel percorso di cura dei genitori, e quale sia l'angolazione che può permettere di vedere il bambino come una risorsa all'interno di questo processo. Un'altro era il bisogno di approfondire modalità di aiuto in grado di coinvolgere sia l'adulto che i suoi familiari. Viene esplicitata la necessità di trovare un giusto equilibrio nel percorso di tutela, in grado di cogliere contemporaneamente i bisogni fisici ed emotivi tanto dei bambini quanto degli adulti. Infine, ci si chiede quali siano le premesse e le modalità di presa in carico dell'utenza da parte di ciascun servizio, e di come sia possibile connettere tra loro i diversi percorsi.

Ci si è chiesto esplicitamente quale strada seguire, quale percorso intraprendere per poter giungere all'obiettivo di avere "una cultura" dei servizi anziché "tante culture", una "lingua comune" anziché "lingue diverse". La mia impressione è che i partecipanti condividessero la sensazione che il proprio lavoro sia eccessivamente settorializzato, e che non siano presenti quei ponti e quelle connessioni che potrebbero permettere di sentire il pro-

prio lavoro inserito in una cornice più ampia. Un aspetto che voglio sottolineare è relativo alla percezione che i professionisti hanno dei confini, termine spesso emergente durante il corso. Il confine, sia esso reale o immaginario piuttosto che naturale o politico, è un limite da rispettare e che è in grado di stabilire le reciproche posizioni degli operatori all'interno del percorso di cura. Confini impermeabili e parcellizzazione delle prestazioni, rendono difficile la condividere di premesse, percorsi ed obiettivi comuni, ed aumentano il rischio di veder fallire il proprio lavoro. Le relazioni e i legami tra un servizio e l'altro così come il tipo di collaborazione che si sviluppa tra gli operatori, è spesso fortemente influenzato dalle caratteristiche personali del professionista, in misura tale da inibire o facilitare gli scambi e le relazioni tra i servizi (questa considerazione è stata espressa e condivisa durante il corso). Se da una parte l'istituzione definisce "come-fare-cosa", dall'altro si verificano situazioni in cui l'operatore avverte il mandato istituzionale poco flessibile alle particolari condizioni del caso. L'aspetto fondamentale da considerare nella scelta di un vestito è la sua vestibilità, cioè una volta indossato deve essere sentito come fosse un'estensione di sé. Può accadere che, in determinati casi, il vestito che l'operatore sta indossando in quel momento sia troppo stretto per quella particolare situazione o contesto, rischiando di pregiudicare la sua libertà di movimento, il suo agio e la sua naturalezza. Poter scegliere la giusta misura del proprio vestito potrebbe forse permettere di recuperare quella serenità che, per il Mahatma Gandhi, si ottiene quando "ciò che dici, ciò che pensi, ciò che fai, sono in perfetta armonia".

Un altro aspetto che ho avvertito fortemente presente, è relativo alla consapevolezza degli operatori di vivere con paura la possi-

bilità che i servizi si contaminino tra loro. La contaminazione sembra essere vissuta come una variabile pericolosa, da tenere sotto controllo e il cui effetto deve essere il più limitato possibile. Ma qual è il significato di contaminazione? Il dizionario Zingarelli la definisce in due modi: il primo ha un taglio decisamente negativo: "rendere impuro, inquinare, infettare, corrompere moralmente"; il secondo è sostanzialmente neutro e la indica come "fusione di elementi di varia provenienza". La contaminazione in letteratura permette così di produrre un'opera artistica per differenza (in senso Batesoniano) piuttosto che per somiglianza. Per differenza (Bateson, 1984) si intende un fenomeno asostanziale situato al di fuori dello spazio-tempo in grado di attivare l'interazione tra le parti della mente, definita a sua volta come un aggregato di parti o componenti interagenti. La differenza è legata all'entropia, cioè quella grandezza interpretata come misura del disordine di un sistema, in grado di produrre instabilità e cambiamento. Lo stesso autore (1977) sottolinea una particolarità dei sistemi ovvero la loro naturale tendenza autocorrettiva e confermativa, siano essi il comportamento umano, l'organizzazione umana, o il procedere della civiltà. Se da un lato la contaminazione può essere vissuta come un pericolo, in quanto può far deviare l'operatore dalla propria prassi (intesa come consuetudine, ovvero il normale modo di comportarsi) e dal proprio mandato istituzionale (cioè garantire la conservazione e l'attuazione di norme o attività), ritengo però che proprio attraverso la contaminazione può, per differenza, generarsi all'interno della "mente" quelle interazioni tra le parti (servizi) in grado di produrre modalità differenti di connessione alla "mente familiare".

Le simulazioni vengono invece proposte come strumento capace di accedere sia allo spazio

emotivo individuale, sia alla dimensione emotiva sperimentata dall'operatore nell'incontro con la famiglia. L'importanza di questo momento risiede nel fatto che i pregiudizi degli operatori sono il punto di partenza del loro lavoro, ed è perciò necessaria una riflessione capace di aprire uno spazio individuale di autoconsapevolezza. I pregiudizi nei confronti dei genitori, vissuti dagli operatori durante le simulate, evidenziano la presenza di emozioni prevalentemente negative quali la paura di essere allontanati dai propri figli, il bisogno di proteggerli, la sensazione di sentirsi giudicati negativamente e non riconosciuti come competenti dal personale dei servizi. Diversi sono i pregiudizi degli operatori verso il vissuto dei bambini, caratterizzato principalmente dall'ambivalenza (al tempo stesso ho paura e bisogno di te) sia nei confronti degli operatori che verso il genitore malato, unito alla sensazione di essere estraneo a tutto ciò che sta accadendo, una vittima passiva e impotente della situazione. I pregiudizi che l'operatore nutre verso se stesso, rivelano perplessità relativamente alla presenza o assenza di consapevolezza della famiglia verso il problema; l'operatore si domanda cioè in che modo egli possa connettersi ed entrare in relazione con la consapevolezza di "vivere un momento di difficoltà" portata dalla famiglia, o al contrario, come si possa muovere per aumentare la consapevolezza familiare. Gli operatori descrivono anche il loro timore di commettere errori, consapevoli di muoversi su un terreno sensibile ed emotivamente pregnante, non nascondendo di vivere un generale senso di inadeguatezza nel lavorare con tematiche così complesse ed emotivamente intense. Un ulteriore pregiudizio concerne il bisogno dell'operatore di riuscire a proteggere la famiglia. Come si può proteggere l'intera famiglia quando, ad esempio, proteggere il bambino

significa allontanarlo dalla propria famiglia? Come si può cioè riuscire a tutelare allo stesso tempo tutti i membri della famiglia? Il rischio in questo caso è quello di pensare in modo dicotomico, e di arrivare a socializzare con il più debole e bisognoso di aiuto. Ma è l'operatore a definire chi sia il più debole, e non stupisce che operatori diversi possano giungere a conclusioni diametralmente opposte, ciascuno intimamente e fermamente convinto della propria posizione.

Come osservatore partecipante, ho avvertito nei tanti stimoli portati dagli operatori, un bisogno comune ovvero creare tra operatori diversi e servizi diversi una condivisione iniziale delle premesse e dei pregiudizi, del tipo di percorso, e possibilmente anche delle aspettative circa gli obiettivi relativi alla specifica situazione, in modo tale da avviare quel "processo mentale" che accompagnerà la famiglia nella costruzione di una propria storia con i servizi.

Durante la propria esperienza Daniel Gwyn ha voluto approfondire ed entrare in contatto con il vissuto dei bambini. L'interesse era comprendere come sono capaci di pensare la propria situazione, e quali modalità hanno individuato per cercare di gestire i processi familiari stressanti o pericolosi. La psicoterapeuta evidenzia come, anche in circostanze familiari particolarmente difficili, sia possibile individuare stili di attaccamento caratterizzati da lealtà e protezione. Sottolinea inoltre quanto sia importante dare la possibilità al genitore di pensarsi come capace di avere una seconda chance nel rapporto con il figlio, ed al tempo stesso pensato dal terapeuta come ancora capace di essere un buon genitore.

Un modo, allo stesso tempo semplice ma diretto, per spiegare al minore la realtà nella quale si trova a vivere, può essere strutturato in questo modo:

- Si può iniziare spiegando che a volte il cervello delle persone si trova a dover affrontare troppi pensieri, preoccupazioni, sentimenti. Questo eccesso di informazioni può impedire alla persona di riuscire a filtrare ciò che è importante e questo può farla stare molto male.
- Nella vita di un individuo può accadere che ci siano momenti in cui nella sua testa ci sono molte idee ed emozioni, così tante cose da impedire di affrontarne di nuove.
- Capita che il filtro del cervello non funzioni correttamente. Non sappiamo esattamente perché questo accade ad alcune persone. Quando questo succede, la persona viene aiutata e portata in un luogo dove ci sono meno preoccupazioni, così che possa riuscire a riprendersi.

In conclusione viene proposto dal formatore un brainstorming, durante il quale viene dato il compito di costituire tra i presenti dei gruppi multiprofessionali dove riflettere e ragionare creativamente, e suggerire sviluppi e possibili collaborazioni future tra i diversi servizi. Ciascun contributo, risultato di una riflessione congiunta tra professionisti appartenenti a servizi diversi, è stato in grado di unire e condensare le proprie personali diverse conoscenze ed esperienze in un unico progetto. Le diverse premesse hanno trovato un terreno comune dove confrontarsi, stimolare e creare un nuovo punto di vista relativamente a temi ritenuti salienti. Sono stati proposti diversi possibili progetti/interventi futuri. Uno di

questi è orientato a sviluppare e migliorare la relazione tra genitori e figli, un altro invece focalizza la propria attenzione prevalentemente sui figli, in particolar modo quelli adolescenti. Diversa è invece la proposta di un intervento in grado a captare situazioni di disagio e difficoltà prima che esse si tramutino in situazioni di emergenza, quando cioè la necessità di un intervento immediato riduce la possibilità di riflessione e confronto tra operatori appartenenti a servizi diversi. Il progetto "interculturale di autoformazione dal basso" sembra invece rispondere al bisogno di trascendere i confini e le rigidità istituzionali in modo tale da favorire un confronto costruttivo tra le diverse culture dei servizi. Infine, l'ultima proposta è orientata alla creazione di una task force, costituita da membri di tutti i servizi presenti sul territorio, che riesca ad accompagnare la famiglia nel suo percorso. Quest'ultima sollecitazione mi ha particolarmente stimolato. Credo che gli operatori in maniera congiunta debbano accompagnare la famiglia, così come sono convinto che il tipo di lavoro che si vuole fare con la famiglia debba essere condiviso da tutti gli operatori che lavorano con essa. Durante questo corso intensivo ho avuto la sensazione che, nei diversi interventi, emergesse la necessità degli operatori di sentirsi connessi gli uni agli altri costantemente, forse perché consapevoli che il venir meno di questa condizione diminuisce l'efficacia del proprio lavoro e di riflesso limita la promozione al benessere della famiglia.

Bibliografia

- Anthony, E. J. (1970). *L'impact sur la vie de famille d'une grave maladie mentale ou physique chez un des parents*. In E. J. Anthony, C. Koupornik, *L'enfant dans la famille*. Paris: Masson&Cie Editeurs.
- Avanzini, B. B. (1988). *L'abuso all'infanzia e il problema dell'intervento sociale*. In B. B. Avanzini, F. Inchino Pellizzi, *Maltrattamento infantile in famiglia e servizi sociali*. Milano: Edizioni Unicopli.
- Bateson, G. (1977). *Verso un'ecologia della mente*. Milano: Adelphi.
- Bateson, G. (1984). *Mente e natura*. Milano: Adelphi.
- Cyrulnik, B., Malaguti, E. (2005). *Costruire la resilienza*. Trento: Erickson.
- Donati, P. (1988). *Famiglie in difficoltà e bambini a rischio: il punto di vista sociologico*. In E. Caffo, *Il rischio familiare e la tutela del bambino*. Milano: Guerini e Associati.
- Folgheraiter, F. (1994). *Operatori sociali e lavoro di rete*. Trento: Edizioni Centro Studi Erickson.
- Fruggeri, L. (1997). *Famiglie: dinamiche interpersonali e processi psico-sociali*. Roma: Carocci.
- Ghezzi, D. (1996). *L'affido familiare come strumento nel progetto di tutela*. In D. Ghezzi, F. Vadilonga, *La tutela del minore: protezione dei bambini e funzione genitoriale*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Guaraldi, G. P. (1988). *Il bambino nella famiglia con genitori malati mentali*. In E. Caffo, *Il rischio familiare e la tutela del bambino*. Milano: Guerini e Associati.
- Laudadio, A., Mazzocchetti, L., Fiz Pérez, F. J. (2011). *Valutare la resilienza: teorie, modelli e strumenti*. Roma: Carocci.
- Malaguti, E. (2005). *Educarsi alla resilienza*. Trento: Edizioni Erickson.
- Minuchin, S. (1976). *Famiglie e terapia della famiglia*. Roma: Casa Editrice Astrolabio.
- Walsh, F. (2008). *La resilienza familiare*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Watzlawick, P., Helmick Beavin, J., Jackson Don, D. (1971). *Pragmatica della comunicazione umana*. Roma: Casa Editrice Astrolabio-Ubaldini Editore.



La psichiatria di collegamento: un'esperienza virtuosa in Emilia Romagna

Sabina Deolmi, Marzia Dossena, Elisa Di Nuzzo*

Sommario

Con questo lavoro si intende riflettere sul tema della continuità assistenziale e del raccordo tra gli interventi socio-riabilitativi ed educativi, messi in campo dalla sanità pubblica per quei cittadini - utenti dei servizi - che si trovano alle soglie della maggiore età. Tale particolare momento del ciclo di vita viene problematizzato come confine critico nel percorso di crescita degli individui e della famiglie e come tappa fondamentale per la definizione del progetto di vita che riguarda il nuovo adulto. Volendo approfondire la capacità dei servizi di supportare efficacemente questo delicato passaggio, si parte da un'analisi del panorama italiano dal punto di vista sociale, culturale e delle politiche di integrazione tra i servizi che si occupano di salute mentale. Ci si focalizza infine sulla realtà territoriale emiliana, descrivendo le principali funzioni dell'Unità Operativa Complessa denominata *Psichiatria di Collegamento*, nata recentemente a Piacenza, col fine di promuovere e sperimentare un innovativo sistema di welfare comunitario.

Parole chiave: Integrazione tra servizi, salute mentale, transizioni, disability studies, prospettiva di vita, psichiatria di collegamento, welfare di comunità

Summary

With this work we intend to reflect on the theme of continuity of care and joints between the socio-rehabilitational and educational interventions, delivered by public health for those citizens - service users - who are close to adulthood. This special moment of the life cycle is problematized as a boundary critical in the growth of individuals and families and as a key step for the definition of life project, that concerns the new adult. Having the intent to study in deep the capacity of services to effectively support this delicate transition, we start from an analysis of the Italian view from the stand point of social, cultural aspects and of integration policies between mental health services. Finally, we focus on the territorial reality, describing the main functions of the Unit Complex called Liaison Psychiatry, recently born in Piacenza with the aim to promote and test an innovative system of community welfare.

Key words:

Integration between services, mental health, transitions, disability studies, life perspective, liaison psychiatry, community welfare

*III anno - Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Sistemico Integrata

INTRODUZIONE

Il presente elaborato nasce dalla curiosità di conoscere i percorsi di cura di coloro che, in tenera età, sono stati presi in carico da un servizio di neuropsichiatria infantile.

I nostri percorsi professionali, seppur diversi, ci hanno portato a interrogarci sull'integrazione e sulla continuità data dalla sanità pubblica a quegli utenti che, raggiunti i diciotto anni, necessitano di un aiuto importante, che in buona parte viene ancor oggi erogato ai cittadini dal servizio pubblico. Per questi ragazzi e per le loro famiglie sembra esistere una difficoltà ad orientarsi tra le offerte esistenti o desiderabili in corrispondenza della soglia critica della maggiore età, momento in cui termina il ciclo scolastico che ha impegnato e fornito per anni un contesto stabile e sicuro ai ragazzi. Al termine della scuola superiore giovani e famiglie si trovano ad affrontare una delicata fase di transizione e una serie di cambiamenti importanti, spesso accompagnati dal disagio provocato dal cambiamento dei servizi di riferimento con conseguente perdita, parziale o totale, dei precedenti punti di riferimento istituzionali.

In passato, al compimento del diciottesimo anno d'età, si prefigurava un'assenza di collegamento tra servizi, quando non un vuoto istituzionale, che spingeva le famiglie ad attivarsi per cercare di favorire l'integrazione sociale dei figli, anche attraverso la ricerca di soluzioni occupazionali e abitative. Ciò richiedeva tempo, dedizione ed energie e generava preoccupazioni aggiuntive a quelle già presenti.

Prendersi cura dei bisogni di persone con disabilità e delle loro famiglie è tutt'altro che facile e richiede un'attivazione su più fronti. È molto importante fornire competenze e accompagnamento nella fase della diagnosi, così come occuparsi con cura del percorso

di riabilitazione e di inserimento scolastico. Tuttavia ciò non esaurisce il compito delle istituzioni. È importante anche trovare soluzioni adeguate ai diversi momenti di passaggio della vita o aiutare la famiglia a elaborarle. Riteniamo utile che utenti e famiglie trovino nelle fasi critiche di vita un supporto che abbia la duplice funzione di scaffolding e di orientamento e che li accompagni nella creazione del proprio unico percorso di vita.

Fino a qualche anno fa questa possibilità non era ancora sviluppata in maniera sistematica: è possibile che non esistesse il clima culturale adatto e non sussistevano protocolli formali di passaggi di consegne tra servizi che consentissero un collegamento efficace tra unità e distretti. Il dialogo tra il sistema di comunità e quello sanitario era affidato prevalentemente alla buona volontà e alla discrezionalità degli attori coinvolti.

Negli ultimi anni la regione Emilia Romagna si è posta il compito di promuovere la continuità assistenziale e l'integrazione tra servizi proponendo indicazioni che stanno facendo luce sui bisogni complessi della popolazione, tentando di mettere in connessione necessità e risorse sociali e sanitarie.

Secondo Cirillo (1990) è possibile estendere il modello sistemico oltre al settore della psicoterapia: lo psicologo può infatti operare in organizzazioni che non svolgono "attività terapeutiche" in senso stretto, adottando comunque una visione che consenta di connettere i diversi livelli.

È importante mantenere l'identità di operatore relazionale senza assumere quella di terapeuta familiare "di contrabbando" - intesa come il tentativo di fare comunque della terapia familiare anche in condizioni istituzionali sfavorevoli: in assenza cioè di un contesto chiaramente definito come terapeutico e quindi in assenza di una specifica richiesta di

aiuto, di un contatto preciso, di chiare regole del setting” (Cirillo, 1990, pag.10).

Bateson (1977) sosteneva che le regole dei contesti, come quelle dei giochi, possono subire dei cambiamenti e anche Selvini Palazzoli (1976) aveva introdotto l’agire sistemico nell’ambiente scolastico. È comunque possibile agire nel contesto occupandosi di sistemi, riflessività e causalità circolare.

Si può pensare di introdurre una lettura dei significati di contesto che colga la complessità e crei connessioni; tale atteggiamento di curiosità crediamo possa avere ricadute positive su tutti i livelli e in ultima istanza sull’utenza. “Come le regole dei giochi anche le regole dei contesti possono cambiare” (Bateson, 1977).

LE FAMIGLIE CON FIGLI PORTATORI D’ABILITÀ DIFFERENTI FRA PROSPETTIVA DI VITA E TRANSIZIONI

Avere un figlio è un’esperienza che altera gli equilibri della coppia e della famiglia. In passato la genitorialità era una sorta di destino biologico comune a tutte le coppie, oggi invece essa si delinea come risultato di una scelta e di un desiderio di autorealizzazione degli aspiranti genitori. I bisogni e le fantasie connesse al diventare genitori sono molteplici, ma la scoperta della presenza di disabilità provoca una disattesa delle aspettative e gli adulti devono fare i conti con l’elaborazione dei sentimenti di delusione che nascono inevitabilmente quando si prende coscienza dello scarto fra il proprio bambino reale e il bambino immaginato. In tutti i momenti storici avere un figlio disabile avrebbe generato uno stallo, ma oggi più che mai, laddove la genitorialità è frutto di una scelta, la scelta di avere messo al mondo un figlio diventa un ulteriore fattore critico e il sistema familiare entra in crisi.

Possiamo così sintetizzare le principali fasi del

processo di adattamento alla diagnosi di disabilità nella prole:

- nella prima fase prevalgono disorientamento e shock. In questo momento iniziale è importante che i genitori si sostengano reciprocamente e condividano il loro dolore, dando a esso un tempo e uno spazio in cui poter essere elaborato. La relazione di coppia è messa a dura prova ed è possibile che possano riaccendersi disagi preesistenti o che insorgano nuovi conflitti all’interno della relazione coniugale;
- nella seconda fase assistiamo a un graduale superamento dello shock iniziale e, talvolta, alla comparsa di forti sentimenti di negazione della realtà. Occorre aiutare i genitori a costruirsi un’immagine realistica del proprio bambino, delle sue risorse e dei suoi limiti;
- nella terza fase è possibile guidare i genitori nella costruzione del progetto riabilitativo del bambino, in cui essi devono sentirsi protagonisti. La disabilità del figlio, pur essendo un vincolo, non necessariamente deve rappresentare anche un limite per l’evoluzione positiva della famiglia. Superato il primo impatto, è possibile che i genitori, soprattutto se accompagnati nel processo di adattamento, sviluppino capacità impreviste e riescano a trovare le risorse necessarie per riorganizzare le proprie relazioni familiari. I genitori di questi bambini possono attivare molteplici risorse al fine di riorganizzarsi e adattarsi alla nuova realtà, diventando essi stessi la pietra angolare su cui poggiare la rete degli interventi specifici e specialistici (Medeghini, 2006).

IL CORSO DI VITA DELLA PERSONA PORTATRICE D’ALTRE ABILITÀ

La diffusione di alcuni modelli teorici a livello internazionale, fra cui il modello ecologico

di Bronfenbrenner, e la progressiva diffusione dei disability studies, hanno favorito la diffusione di nuovi approcci alla disabilità. È ormai patrimonio comune che per valutare l'evolversi di un soggetto non sia più possibile limitarsi unicamente al comportamento individuale, ma che sia indispensabile includere le relazioni che ciascuno vive ed instaura con altri soggetti, con l'ambiente fisico, culturale, sociologico.

L'ambiente d'appartenenza in cui ci si muove e l'essere parte di un contesto familiare e sociale suggerisce che lo sviluppo umano, anche di un soggetto portatore di disabilità, è inserito in una complessità di cui è bene tener conto. In particolare Bronfenbrenner ha proposto una teoria secondo la quale l'ambiente di sviluppo del bambino può essere rappresentato come una serie di cerchi concentrici, interconnessi tra loro. Esistono quindi microsistemi, mesosistemi, esosistemi e macrosistemi e fra essi possono esistere delle transizioni ecologiche cioè cambiamenti di ruolo e situazioni che influiscono sull'individuo provocandone il cambiamento all'interno del proprio ambiente.

Cirillo (1990) rileva che in età evolutiva le problematiche possono essere molteplici, ma prevalentemente lo psicologo si trova di fronte a bambini che manifestano una sofferenza psichica oppure minori portatori di un problema fisico che presentano sintomi di disagio psichico ad esso legati. Fin dal primo incontro lo psicologo può avere un ruolo importante nel percorso che il minore intraprenderà con il servizio, non solo perché si occupa di indagare e valutare lo stato del minore e formulare una diagnosi, ma anche perché spesso è una delle prime figure professionali che la famiglia incontra. Egli può dunque influire favorevolmente sulla costruzione delle basi relazionali fra gli operatori e la famiglia. Tale

relazione non è esente da difficoltà. Considerando il momento della diagnosi, per esempio, può accadere che il bambino arrivi dallo psicologo in seguito ad una richiesta da parte della scuola, ma che i genitori non sentano la necessità di ricevere alcuna certificazione. La famiglia, probabilmente, non sarà pronta a ricevere ipotesi relazionali dei problemi del bambino, ma si aspetterà un approfondimento diagnostico per la certificazione. La certificazione diagnostica è un momento delicato, che pone lo psicologo in una complessa posizione. È possibile che la valutazione del bambino sia vissuta come un obbligo, mirato all'ottenimento dell'insegnante di sostegno, di educatori o di strumenti individualizzati. Un altro rischio è costituito dalla decontestualizzazione del minore. In fase diagnostica il bambino è isolato dalle situazioni quotidiane (famiglia, gruppo scolastico, ecc.) nelle quali esprime la sua sofferenza ed è alla presenza di un adulto che, per mezzo di test e domande, deve tentare di oggettivare le sue difficoltà scollegandole dai sistemi in cui si sono manifestate (Cirillo, 1990). In queste condizioni è difficile che gli incontri con lo psicologo diventino opportunità per stabilire una nuova correlazione fra relazioni familiari e disagio psichico del minore. È importante dunque che il professionista, in tutte le fasi del percorso alle quali partecipa, possa riuscire a introdurre, mentre osserva, nuove informazioni in famiglia. Ciò può concretizzarsi attraverso diverse strategie, per esempio per mezzo della convocazione dei membri della famiglia che si pensa siano necessari per verificare le ipotesi elaborate. Ciò trasformerà il momento valutativo in un possibile agente di cambiamento dei metodi pedagogici adottati nelle diverse situazioni e si potrà più facilmente produrre una diagnosi funzionale che tenga conto di tutti gli elementi di criticità e di risorsa

del bambino. È anche plausibile credere che la famiglia, coinvolta e interpellata periodicamente, possa sentirsi motivata a collaborare per perseguire la soluzione migliore per il figlio. La relazione tra servizi sanitari e famiglia è dunque un mesosistema, intessuto di una molteplicità di interrelazioni le cui caratteristiche definiscono la qualità dello stesso mesosistema (Bronfenbrenner, 2005). La presenza di collegamenti plurimi, quali ad esempio momenti di contatto fra educatori e genitori oltre le normali ore di colloquio, consente di avere un mesosistema adeguatamente collegato e contemporaneamente in grado di aumentare la quantità e il livello del collegamento. Al contrario, una minima presenza di collegamenti rende il mesosistema fragile e molto esposto alla frammentazione, esponendo il percorso di cura al rischio di fallimento. Ciò, a sua volta, impatterebbe inevitabilmente sulla qualità relazionale della famiglia e sul benessere dei membri (microsistema).

Che cosa può impedire la costruzione di un mesosistema ben collegato? Abbiamo citato la fase della valutazione come momento importante del processo di cura, ma qualora il percorso non si fermasse all'età evolutiva, potrebbe essere utile considerare l'intero ciclo di vita delle famiglie, costellato di momenti critici. Tra questi ultimi possiamo annoverare tutti quei passaggi che richiedono la ridefinizione dei ruoli, delle strategie e delle responsabilità. Questi mutamenti richiedono riadattamenti non solo alle persone disabili, ma anche ai genitori, che accompagnano i figli in questi passaggi. È assodato che l'ansia dei genitori, generata per esempio dall'inserimento scolastico, influisce sulla percezione del figlio della nuova esperienza. Questo effetto coinvolge anche gli educatori che devono costruire nuove relazioni, rinegoziare gli obiettivi dell'intervento, stabilire regole e procedure ritenute

necessarie per il buon esito dell'intervento. Come si può facilmente desumere, le transizioni rappresentano momenti critici decisivi ai fini della costruzione dei legami. Creare le condizioni in ingresso e i presupposti per relazioni positive è essenziale per la costruzione di progetti d'intervento efficaci e soddisfacenti. Basti pensare al passaggio da un servizio all'altro, fase molto delicata che spesso ha un mero carattere burocratico, ma che potrebbe essere strategicamente utilizzata come spazio di accoglienza di timori, attese, domande, diventando a tutti gli effetti un momento d'indagine. Ciò implica un'idea di servizio e di operatore in grado di mettersi in una situazione di ascolto e di costruire legami su basi formative. Il modello teorico che concettualizzava la crescita come processo diviso in rigidi stadi è stato dunque rivisitato per dare spazio ad un approccio che vede la vita nella sua complessità e globalità. Lo sviluppo non è più considerato un flusso indifferenziato di eventi uguali per tutti, bensì un percorso unico per ogni individuo, in cui ciascuna tappa viene costruita nella singolarità, nell'unicità ed è contrassegnata da eventi significativi o da transizioni definite normativamente. La crescita prevede una sequenzialità nelle sue fasi, ma esse sono sempre in connessione l'una con l'altra. Si sta affermando dunque un modello integrato che coglie l'importanza della prospettiva di vita. Queste sottolineature hanno una ricaduta importante anche sull'intervento educativo: parlare di "corso di vita" significa tener conto contemporaneamente della specificità delle fasi, ma anche delle relazioni fra esse e della significatività delle transizioni. Ciò significa che l'intervento educativo in una specifica fase della vita di una persona disabile, ad esempio adolescenza o maturità, richiede certamente un'attenzione alle peculiarità di quella fase, ma anche una relazione

con le fasi precedenti e una proiezione al futuro, alle fasi successive. Inoltre è importante indagare e sostenere quelle transizioni definite normativamente che hanno un alto grado di significatività come, ad esempio, l'ingresso a scuola o in un servizio o ancora l'inserimento nel mondo lavorativo. Collocare l'azione educativa nel corso di vita permette di togliere la disabilità dall'indifferenziato temporale in cui si trova inserita. Infatti, spesso è presente una certa omogeneità esistenziale contrassegnata da fatti sempre uguali e dall'impossibilità del cambiamento, oppure da un concetto di sviluppo fissato su una certa fase, quella di eterno bambino, o ancora dall'inutile attesa di quelle transizioni che segnano la vita delle persone (il lavoro, il matrimonio, i figli) (Medeghini, 2006).

I cambiamenti sociali che sono intervenuti nel tempo hanno permesso che si creasse uno spazio maggiore anche per la famiglia che nel corso del tempo ha assunto il ruolo di soggetto partecipante e di risorsa, di portatrice di valori e ideali, di competenze ed energie.

Alla luce di queste considerazioni pensiamo sia utile la diffusione del modello della prospettiva di vita anche all'interno dei servizi, in modo tale da fornire un supporto efficace alla persona, che in questo modo potrà essere sostenuta attraverso un percorso che tenga conto della globalità e della complessità delle esperienze di vita e del suo corso. Ciò potrebbe avere inoltre una ricaduta positiva nel facilitare i momenti di transizione evitando così che diventino momenti di crisi del processo.

IL PANORAMA ITALIANO

In Italia il tema della disabilità ha avuto ampio spazio all'interno del dibattito istituzionale soprattutto per ciò che riguarda l'integrazione scolastica e l'organizzazione dei servizi, ba-

sti pensare all'importante svolta della legge 104/92.

L'inserimento e l'integrazione hanno potuto muovere i primi passi proprio in tale panorama e hanno dato spazio all'elaborazione, diffusione e sviluppo di buone pratiche.

Senza entrare nel merito delle scelte circa i modelli interpretativi, nesso fra istituzioni, società e disabilità, preferiamo orientare la nostra osservazione su aspetti relativi all'esistenza di approcci alla disabilità che si differenziano in base agli enti che coinvolgono, ai luoghi e alle finalità che si pongono. In ambito scolastico, per esempio, è forte l'esigenza di avere a disposizione dei riferimenti per orientare l'integrazione ed è dunque centrale avere prassi consolidate circa le azioni e relazioni da intraprendere, così come monitorare e correggere eventuali scarti che si evidenziano nel corso del processo. I servizi, d'altra parte, per loro natura non sono posti nella condizione di entrare nei processi d'integrazione. Il servizio è l'ente preposto a operare una divisione fra chi può e chi non può accedere ad un servizio o ad un'istituzione. L'indicazione di percorsi differenti è operata proprio in conformità a una divisione fra chi non è in grado e chi è in grado di affrontare il processo di integrazione. In questa dimensione i servizi si orientano prevalentemente a un'azione interna al servizio specifico, indirizzata essenzialmente alla comprensione e alla gestione dell'attività educativa (Medeghini, 2006).

L'attuale periodo storico è caratterizzato da cambiamenti rilevanti. Si è avviato un periodo di espansione delle politiche sociali e dei servizi per la disabilità e si è assistito alla diffusione di esperienze d'integrazione scolastica e lavorativa e alla nascita di opportunità di consulenza psicosociale alle famiglie con figli disabili. In pratica sono state avviate una serie di azioni concrete, differenziate, connesse al

territorio e basate sulla percezione di diversità e specificità di condizioni e bisogni all'interno del mondo della disabilità adulta. I servizi e le azioni proposte cercano di colmare il vuoto esistente tra l'accesso alle opportunità rivolte a tutta la popolazione e l'assenza di risposte mirate ad esigenze specifiche. Si diffondono e si consolidano così i primi servizi, progetti, percorsi, laboratori di carattere locale, che si affiancano e si integrano con le azioni avviate istituzionalmente negli anni precedenti. Il processo di cui stiamo parlando è stato stimolato in particolare da alcuni fattori.

Prima di tutto questo cambiamento è stato fortemente stimolato dalle famiglie che sono uscite dall'ombra e hanno progressivamente rivendicato diritti per sé e per i propri figli, esprimendo una consapevolezza e una capacità dialettica inedita rispetto al passato. Attorno alle famiglie si è inoltre diffusa una sensibilità sociale che considera doveroso, per la società, non lasciare da sole le famiglie e costruire risposte qualificate alle esigenze legate al mondo della disabilità. La capacità di risposta alla disabilità e in generale delle fragilità è tuttora considerata uno degli indicatori di civiltà sociale.

A tutto ciò si è aggiunta una graduale presa di coscienza circa l'esistenza di differenze all'interno del mondo della disabilità e quindi l'importanza di mettere in atto azioni mirate nei confronti di situazioni diverse. Le differenze sono legate a diversi fattori, come le condizioni e le potenzialità individuali - disabilità grave, media e lieve - e portano all'avvio di servizi specifici per persone con caratteristiche comuni. Importanti sono pure le differenze di età, che danno origine a sperimentazioni interessanti e diversificate con l'infanzia, con l'adolescenza, con l'età adulta. Infine un'ultima direttrice concerne la progressiva crescita di consapevolezza attorno alla complessità e

alla mobilità dei bisogni delle persone disabili e delle loro famiglie. Termini come "socializzazione", "autonomia", "capacità di riconoscere e accettare le regole dell'ambiente", "capacità relazionale", "stabilità emotiva", e così via entrano nel lessico di Operatori e Servizi e declinano in termini già più prendibili le "parole d'ordine" sui diritti di tipo generale degli anni precedenti. La spinta convergente di questi fattori è percepibile nella pluralizzazione e nella evoluzione delle risposte sociali ed educative alla disabilità, per quanto riguarda l'età post scolare. Sull'onda di tali cambiamenti abbiamo assistito alla nascita dei primi centri socio educativi, di atelier e laboratori che si sono poi trasformati in Servizi Territoriali per l'Handicap. È interessante notare come questa fase, ricca di fermenti e vitalità e carica di enfasi ideali, sia caratterizzata non tanto da processi pianificatori decisi a livello centrale (statale o regionale), in un certo senso prescritti al territorio, quanto piuttosto da movimenti locali promossi da soggetti locali, all'interno di una cornice culturale e ideale comune.

Il fermento sociale su questo tema è molto vivo, tanto da aver stimolato gli enti istituzionali ad un'ulteriore svolta: il cambiamento delle direttive nazionali tramite una legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi dei servizi sociali del 2000. Il primo articolo della legge quadro recita: "La Repubblica assicura alle persone e alle famiglie un sistema integrato di interventi e servizi sociali, promuove interventi per garantire la qualità della vita, pari opportunità, non discriminazione e diritti di cittadinanza, previene, elimina o riduce le condizioni di disabilità, di bisogno e di disagio individuale e familiare, derivanti da inadeguatezza di reddito, difficoltà sociali e condizioni di non autonomia, in coerenza con gli articoli 2, 3 e 38 della Costituzione".

Tale legge quadro è stata poi declinata in indicazioni regionali e locali.

IL PIANO ATTUATIVO SALUTE MENTALE 2009-2011: UNA VISIONE INTEGRATA DEI SERVIZI

Nel Piano Attuativo Salute Mentale 2009 – 2011 la Regione Emilia Romagna pone attenzione al raggiungimento della salute mentale come componente della salute del cittadino e propone, in linea con i principi europei e nazionali, la direzione per la sua realizzazione individuandola nell'integrazione socio – sanitaria dei servizi. La Regione rileva come negli anni siano emersi bisogni nuovi e complessi a cui non è possibile rispondere con le modalità finora utilizzate e pone la necessità di soddisfarli in maniera personalizzata ed integrata, proprio per la varietà con cui tale bisogni si presentano, al fine di fornire una risposta appropriata ai cittadini. Nei trent'anni successivi alla chiusura dei manicomi e delle istituzioni totali, l'organizzazione dei servizi è andata strutturandosi in maniera specialistica, portando alla diversificazione dei servizi di Psichiatria Adulti e Neuropsichiatria infantile e dell'Adolescenza; il Sistema Sanitario e Sistema Sociale si sono sviluppati in maniera parallela, dialogando all'uopo e non in maniera sistematica, e questo ha portato a frammentazioni, settorializzazioni e dispersioni di risorse ed energie. L'attuale Piano Attuativo vuole fornire un'unica cornice programmatica agli interventi che favoriscono la salute mentale e riconosce la necessità dell'integrazione tra servizi e tra sistema di cura e sistema di comunità a più livelli:

- istituzionale;
- comunitaria;
- gestionale;
- professionale.

Il piano vuole riunire "in un quadro organico di

programmazione unitaria gli attori, gli impegni e le azioni che concorrono a promuovere la salute e a contrastare la malattia mentale e le dipendenze patologiche in tutte le età della vita, secondo un approccio allargato di salute pubblica, in base al quale la salute mentale è una componente basilare della salute globale del cittadino e della popolazione".

La Regione si rende conto che per soddisfare i bisogni complessi dell'utenza è necessario uno sforzo congiunto da parte di tutti i servizi che superi le passate "separatezze culturali ed amministrative" in favore di risposte integrate che ottimizzino l'uso delle risorse.

Già nel Piano sociale sanitario della Regione Emilia Romagna del 2008 – 2010 era evidenziata la necessità di proporre un progetto unitario che superasse le divisioni prodotte dalla società moderna e che potesse rispecchiare un welfare di comunità, ossia il benessere sociale dell'intera popolazione.

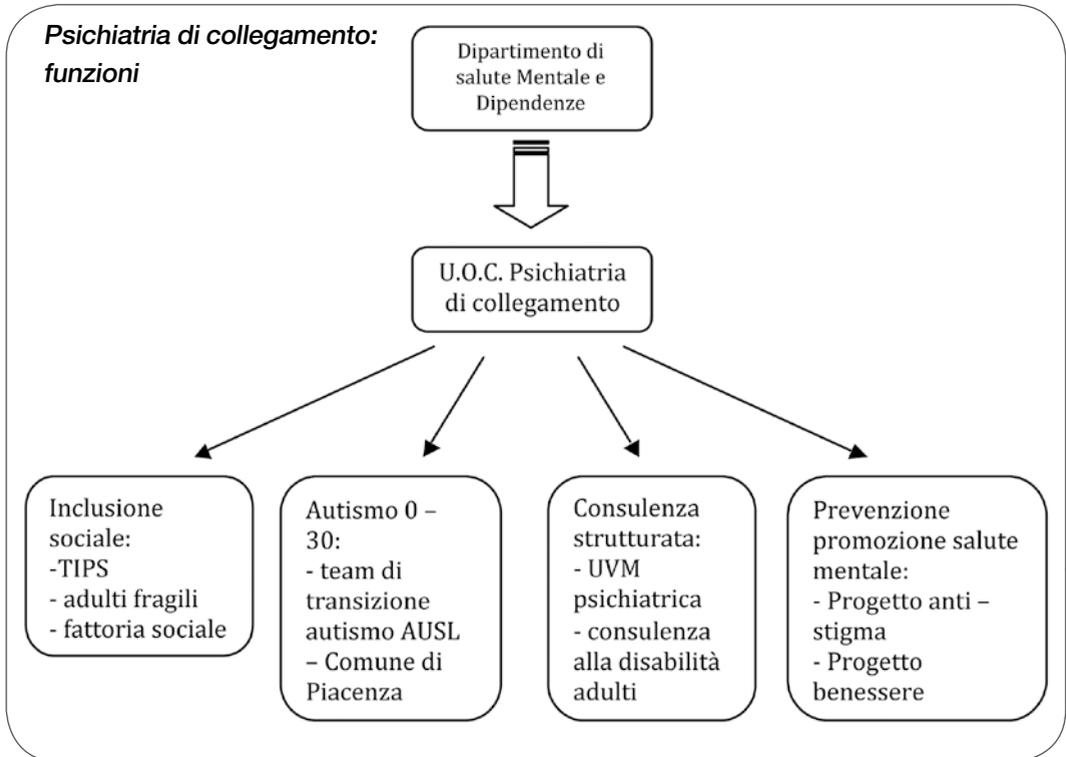
La direzione che il Piano Attuativo indica è la strada dell'integrazione e della coordinazione dei servizi già presenti, che in questi anni hanno raggiunto ed affinato le proprie metodologie, competenze e strategie di risposta ai bisogni cittadini. Il Piano individua anche i valori che intende considerare al fine del raggiungimento della salute mentale:

- la destigmatizzazione della sofferenza fisica e psicologica;
- la partecipazione del cittadino nella promozione, cura e mantenimento della salute;
- la continuità assistenziale di cui sottolinea in particolare la dimensione della "cura" come "umana preoccupazione", oltre all'appropriatezza, alla tempestività, alla specificità dell'intervento;
- l'innovazione come metodo per rispondere ai cambiamenti della società e combattere l'eventuale autoreferenzialità delle istituzioni;
- la verificabilità dei risultati.

LA PSICHIATRIA DI COLLEGAMENTO: UN'ESPERIENZA VIRTUOSA

L'Azienda Usl di Piacenza ha recepito la legge quadro del 2000 cercando di declinare le indicazioni fornite dal Piano Attuativo Salute

Mentale regionale 2009-2011. A tale scopo è stata attivata un'Unità Operativa Complessa denominata Psichiatria di Collegamento all'interno del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche.



L'unità operativa focalizza l'attenzione su una presa in carico globale della persona, che intervenga in una cornice di "progetto di vita" e promuove l'integrazione tra servizi curanti e istituzioni.

A tale struttura complessa afferiscono diverse risorse professionali: lo psichiatra, l'assistente sociale e l'educatore; essi fungono da interfaccia con gli attori che si occupano della disabilità, con le famiglie e con gli altri operatori del sociale o del sanitario coinvolti sul caso. L'attività di tale unità copre il territorio piacentino, lavorando sui casi nei singoli distretti.

L'unità complessa ha funzioni intra ed extra dipartimentali: dal punto di vista intra - dipar-

timentale svolge attività di raccolta di informazioni e risorse e distribuzione delle stesse al momento opportuno (stimoli teorici e pratici, progetti operativi centrati sull'utente, ecc.), monitoraggio e indirizzo circa gli interventi attuati con l'utenza, abilitazione precoce e inclusione sociale. Dal punto di vista extra - dipartimentale ha funzione di collegamento e di facilitazione nell'accesso e nella fruizione dei servizi erogati dal territorio piacentino. La funzione di rete è attuata con programmi di lavoro condivisi centrati su specifiche aree di intervento e sostenuti da risorse garantite da procedure, convenzioni e protocolli definiti. La forte connessione dell'unità operativa con

il mondo sociale garantisce un'appropriate fruizione e condivisione tra servizi sociali e sanitari; in questo modo le risorse vengono ottimizzate, sfruttate e messe in rete.

La finalità istituzionale della Psichiatria di collegamento è la promozione di un sistema di *welfare* comunitario che risponda ai bisogni di salute mentale della collettività. Questa finalità è declinata esplicitamente nel documento di presentazione dell'Unità:

- creazione e mantenimento di un collegamento operativo strutturato in sinergia con gli Enti Locali e il privato sociale che si occupano di recupero e assistenza di adulti fragili. Per raggiungere l'obiettivo sono stati approntati dei protocolli procedurali che forniscono: una consulenza strutturata alla rete assistenziale della disabilità adulti, l'avvio di attività sperimentali integrate con il Servizio Sociale Comunale Adulti e Anziani mediante una Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) psichiatrica, percorsi di assistenza domiciliare specialistica integrata e percorsi di avvio al lavoro che superino la fase dell'inserimento lavorativo a scopo terapeutico-riabilitativo;
- attivazione e direzione del programma provinciale autismo 0-30 che prevede l'attivazione di percorsi clinici-assistenziali continuativi dalla nascita all'età adulta, per pazienti con disturbo dello spettro autistico e delle loro famiglie. È previsto il coinvolgimento di medici referenti clinici del caso (neuropsichiatri infantili e psichiatri adulti) e di educatori (terapisti UONPIA - educatori psichiatrici). Sono così strutturati dei percorsi riabilitativi/assistenziali/di inclusione sociale che mettono in rete la Psichiatria di collegamento, i Servizi Comunali per disabili e le cooperative che si occupano di residenze e laboratori per gli utenti;
- stesura e attivazione di programmi diparti-

mentali di prevenzione e promozione della salute mentale, per esempio il progetto anti-stigma nelle scuole superiori, i progetti di benessere psico-fisico in collaborazione con i C.S.M.

CONCLUSIONI

A nostro parere all'interno dei servizi socio – sanitari si stanno compiendo sforzi per attivare percorsi non lineari di riflessione che sfociano nella ridefinizione dei rapporti tra il polo sociale e quello sanitario. A questo si aggiunge il tentativo di includere nei percorsi di cura il punto di vista dell'utente e della famiglia.

Ci sembra così delinearsi un importante cambiamento nel modello terapeutico del Servizio pubblico, di cui l'Azienda USL di Piacenza promuove un nuovo modello.

È possibile che il modello sistemico relazionale possa uscire dal contesto della terapia familiare?

L'approccio sistemico relazionale nasce per comprendere l'importanza del sistema e del contesto sullo sviluppo dell'individuo, ponendo l'accento sulla rete di relazioni di cui egli è parte. Inizialmente la ricerca dei terapeuti sistemici si è focalizzata solo sui modelli interattivi familiari, successivamente il focus è stato esteso alle generazioni precedenti, ma si è poi pensato di superare i confini familiari e valutare il peso dei contesti di cura (Cirillo, 1990).

L'estensione del campo di osservazione e l'ampliamento dei confini ha portato ad assumere uno sguardo critico anche sull'organizzazione dei servizi e quindi dei contesti non strettamente terapeutici. Riteniamo inoltre che anche i servizi entrino a pieno titolo a co – costruire insieme agli altri attori processi simbolici ed interattivi, entrando a far parte dei sistemi.

Se consideriamo l'incontro famiglia – servizio

come spazio intersoggettivo in cui confluiscono le diverse rappresentazioni che i soggetti hanno della situazione interattiva, per gli operatori è essenziale tenere conto del modo in cui il proprio agire si interseca con i significati che le famiglie attribuiscono alla situazione che le coinvolge.

Da questa prospettiva l'evoluzione di un processo terapeutico non è legata solo ai singoli sistemi di rappresentazione di operatori e famiglie, ma a come riescono a coordinarsi nel corso della dinamica interattiva che si svolge tra famiglie e servizi (Fruggeri, 1991, pag. 504).

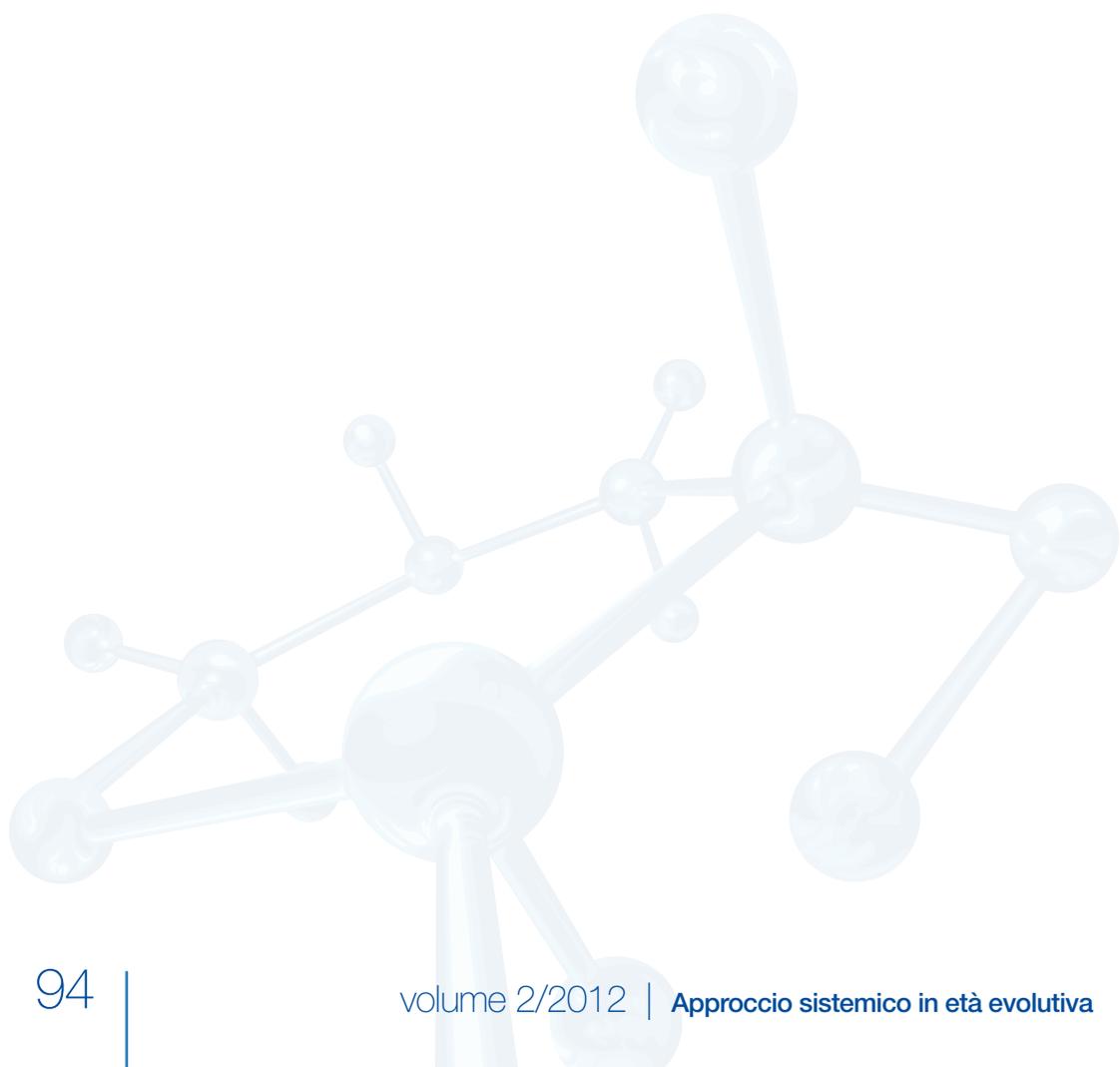
Anche il sistema simbolico allargato potrebbe riuscire a creare integrazione e connessioni al fine di facilitare la comunicazione ai livelli sottostanti; ci sembra che nel percorso che abbiamo presentato si stia cercando di porre le basi metodologiche necessarie alla promozione del benessere di comunità.

La realtà piacentina sembra muoversi nella direzione di una graduale integrazione tra il sistema sociale e quello sanitario e comincia ad includere il sistema familiare all'interno dei propri percorsi, ponendo le basi per una inte-

razione che può avere ricadute positive sulla vita dell'utenza. In questo momento sembra mancare il feed-back degli utenti e delle loro famiglie rispetto al progetto. Potrebbe essere motivo di interesse del servizio implementare un progetto mirato a cogliere tali aspetti di soddisfazione circa la presa in carico effettuata, al fine di migliorare il servizio

Bibliografia

- Bateson, G. (1977). *Verso un'ecologia della mente*. Milano: Adelphi.
- Bronfenbrenner, U. (2005). *Ecologia dello sviluppo umano*. Bologna: Il Mulino.
- Cirillo, S. (1990). *Il cambiamento nei contesti non terapeutici*. Milano: Cortina.
- Fruggeri, L. (1991). *Servizi pubblici e terapia sistemica: teorie e tecniche nell'incontro con le famiglie*. In A.S. Gurman & D.P. Kniskern, *Manuale di terapia della famiglia* (pp. 496-519). Torino: Bollati Boringhieri.
- Medeghini, R. (2006). *Quale disabilità? Culture, modelli e processi d'inclusione*. Milano: Franco Angeli.
- Selvini Palazzoli, M. (1976). *Il mago smagato. Come cambiare la condizione paradossale dello psicologo nella scuola*. Milano: Feltrinelli.



La relazione nei contesti non clinici: premesse ed emozioni nel lavoro a scuola

Stefania Caltieri*

Sommario

L'articolo ha lo scopo di riflettere sulle relazioni che si creano tra lo psicologo e i diversi sistemi presenti in ambito scolastico, la collocazione e i vissuti che si portano con sé.

Ho collaborato al "Progetto Quadrifoglio" che ha avuto l'obiettivo di rilevare i diversi livelli di disagio per l'individuazione di percorsi di cambiamento possibile.

A partire da una situazione seguita si riflette sul modo in cui le premesse dei diversi partecipanti e le emozioni impattano sul lavoro da affrontare e su quanto si sia consapevoli di se stessi nelle relazioni con gli altri. Queste riflessioni sono la base per conoscere se stessi durante la conoscenza del contesto.

Parole chiave: Emozioni, premesse, relazione, definizione dei ruoli, sistema, posizione, contesto, conoscenza

Summary

This article has the aim of reflecting on the relationship between the psychologist and the different systems present in the school, the psychologist's position and background.

I took part in the "Progetto Quadrifoglio" that was aimed at identifying different levels of suffering to find out possible ways of change. A particular situation was analysed to reflect on the way the emotions and pre-existing attitudes of the people involved in this situation can influence the work that has to be faced and the awareness of oneself in the relationship towards the others.

These reflections are the basis to get to know oneself whilst getting familiar with the context.

Key words: Emotions, premises, relationship, definition of roles, system, change, position, context, knowledge

*1 anno -Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Sistemico Integrata

“I modelli che abbiamo in mente non sono né oggettivi né neutri ma determinano quello che vediamo, il funzionamento della psiche, l’eziologia dei disturbi, l’evoluzione dei sistemi. È la lente con cui si osserva a determinare cosa si vede e di conseguenza cosa si progetta di fare. Il dialogo è una posizione epistemologica” (Telfener, 2011, p. 5)

IL PROGETTO

Ho partecipato al progetto al quale si farà riferimento per circa due anni, dapprima come tirocinante nel corso del mio anno di tirocinio professionalizzante e successivamente come collaboratrice.

Il “Progetto Quadrifoglio: dall’individuazione precoce del disagio scolastico, alla promozione del benessere scolastico attraverso la rete delle risorse nella comunità: scuola-famiglia – servizi – territorio” si è sviluppato nell’anno scolastico 2011/2012 a partire dall’esperienza maturata negli anni con la realizzazione del progetto “ Prove di Volo: individuazione precoce del disagio scolastico nel quadro degli interventi dedicati alla prevenzione del disagio giovanile” (Restori, 2012) (progetto rintracciabile sul sito www.provedivolo.ausl.pr.it) presente nelle scuole di Parma dal 2003 come necessario ripensamento ai percorsi di affiancamento alla scuola.

Il Progetto si proponeva come obiettivo di rilevare diversi livelli di manifestazione del disagio vissuto nella scuola, saperli interpretare, ed individuare percorsi di cambiamento possibile. Ci si riferiva al disagio emergente nella complessità delle dinamiche relazionali che si presentano all’interno del contesto scolastico.

Disagio che trova diverse modalità di espressione: a livello individuale (aree affettive, cognitive, comportamentali) può esprimersi attraverso il gruppo classe e i suoi movimenti conflittuali che ruotano attorno al bambino, può essere relativo alla gestione delle dina-

miche relazionali complesse e alle relazioni tra docenti, può manifestarsi a livello di gestione delle relazioni tra i diversi attori che transitano il contesto scolastico, può sperimentarsi nel rapporto con le Istituzioni esterne alla Scuola, in particolare con la famiglia e i Servizi Socio/Sanitari.

Gli obiettivi principali da perseguire sono stati :

lo sviluppo di metodiche di intervento educativo capaci di restituire condizioni relazionali caratterizzate da maggior agio ed equilibrio, nei contesti dove emergono situazioni di disagio personale e/o del contesto gruppo classe, e/o nelle dinamiche relazionali più allargate, *Scuola, Famiglia, Servizi, Territorio*.

Lo sviluppo di maggiori competenze del personale docente nella gestione di situazioni complesse emergenti nel gruppo classe, all’interno della scuola, nel rapporto con le famiglie e le Istituzioni esterne che ruotano attorno al sistema scolastico.

La visione complessa che il Progetto di prevenzione al disagio ha inteso favorire, nell’ambito della Psicologia Scolastica, ha cercato di tradursi in una aumentata capacità di lettura del contesto di lavoro da parte degli insegnanti, articolata su molteplici piani, per cogliere i diversi nodi, occupandosi delle relazioni tra le variabili di sistema presenti.

Si è partiti dall’analisi ecologica del sistema per arrivare alla riflessione sul clima relazionale, cioè agli aspetti emotivi e di atmosfera, collegati all’equilibrio del gruppo classe.

Il senso dell’attività è consistito nella costru-

zione di uno “ spazio di ascolto ” nel mondo della scuola, spazio teso a facilitare un incremento delle collaborazioni dell’Istituzione scolastica stessa con la rete formale e informale presente sul territorio. Il progetto ha previsto, infatti, un’analisi e un approfondimento delle richieste di aiuto provenienti dalla scuola, sin dalla fase iniziale di collaborazione, con il coinvolgimento dei diversi sistemi implicati: il sistema bambino, nei suoi aspetti sia individuali (intrapsichico) che relazionali (iterpsichico); il sistema classe, caratterizzato dal gruppo classe con le sue regole interne e le sue dinamiche; il sistema adulti, concernente gli adulti significativi appartenenti al contesto sia scolastico che extra scolastico; il sistema famiglia; il sistema dei Servizi, sia pubblici che appartenenti al privato sociale (es. associazioni di volontariato, cooperative sportive, ecc); il sovrasisistema di rete.

Il contesto

Il progetto parla esplicitamente della funzione e delle modalità che lo psicologo deve adottare nel lavoro a scuola.

Per lo psicologo che interviene in ambito scolastico, il livello di competenza specifica è quello della promozione di comunicazioni funzionali: egli deve perciò privilegiare la funzionalità delle comunicazioni, cominciando con il definire chiaramente se stesso e la propria relazione con gli interlocutori, gli obiettivi del proprio lavoro, i limiti della propria disponibilità e capacità a contribuire alla soluzione dei problemi.

Da questa premessa, ci si orienta al fine di definire i “contesti collaborativi” potenzialmente attivabili all’interno della scuola, ove favorire l’incontro di un certo numero di persone con propositi concordi ed esprimere le proprie opinioni, ascoltando attentamente

gli altri, per confrontare e discutere le diverse ipotesi, al fine di portare un comune contributo alla soluzione delle difficoltà emergenti. L’atto di discutere, in tal caso, anche se comporta ovviamente un differenziarsi dialogico, presuppone un intervento di ridefinizione del disagio portato in evidenza, utile allo sviluppo di più armonici rapporti relazionali tra i diversi attori del contesto scolastico, potenziando di conseguenza i livelli di competenza cognitivo-comportamentale e relazionale dell’alunno e del gruppo classe.

L’esperienza a scuola ha suscitato in me grande interesse; ho sentito nel tempo la necessità di acquisire maggiori competenze, ma soprattutto ho sentito molto forte il bisogno di considerare il ruolo giocato dalla relazione che si andava costruendo in quel particolare contesto e riflettere sulla collocazione dello psicologo a scuola, le relazioni che si creano e i vissuti che si portano con sé.

Nella scuola lo psicologo non occupa una posizione chiara: non vi appartiene, opera da consulente esterno, è una figura diversa anche rispetto allo psicologo presente nei Servizi al quale gli insegnanti possono rivolgersi in alcuni casi.

È interessante capire in che modo le premesse dei diversi partecipanti impattano sul lavoro da affrontare e quanto si sia “portatori” della propria lettura, “bloccati” dalle proprie emozioni o consapevoli di se stessi nelle relazioni con gli altri o si è impegnati ad essere bravi psicologi.

È sempre forte il bisogno di un riconoscimento professionale, ancor di più all’inizio della professione, e ciò può non consentire di cogliere alcuni gesti come fonte di informazione, per favorire un pensiero sui ruoli e le competenze e sulla loro possibile integrazione rispetto all’obiettivo.

Per dimostrare agli altri e a se stessi di essere capaci a volte non si riflette sul proprio e altrui modo di leggere la realtà, si sente la necessità di rispondere esaurientemente e si agisce per dare risposte alle domande poste, qualsiasi esse siano non tenendo in debito conto l'analisi della domanda.

Attraverso l'analisi di una situazione seguita mi piacerebbe affrontare i pensieri che hanno guidato questa esperienza, talvolta creando significative difficoltà, ma avendo scelto di considerare un sistema basato su relazioni alle quali io partecipavo.

Queste riflessioni consentono di conoscere se stessi durante la conoscenza del contesto.

L'operatore della conoscenza diviene nello stesso tempo l'oggetto della conoscenza.

“Non è soltanto l'essere che condiziona il conoscere ma è anche il conoscere che condiziona l'essere e queste due proposizioni si generano l'una con l'altra in un anello ricorsivo. Quindi, la vita può auto-organizzarsi solo con la conoscenza; l'essere vivente può sopravvivere nel suo ambiente solo con la conoscenza. La vita vivibile e vitale solo con la conoscenza” (Morin, 2007, p. 49).

Le teorie con cui ci avviciniamo ad un luogo riguardano noi, gli altri con i quali interagiamo, ma anche l'idea che noi abbiamo del posto e quelle che prenderanno forma dall'esperienza condivisa con le altre persone presenti.

Si opera in modo diverso e si assumono funzioni differenti se il sistema viene pensato come statico e immutabile o in continuo movimento, pronto ad accoglierci come l'esperto, l'intruso o colui che può aiutarci. Sorgono, allora, alcune domande: come rispondiamo a queste diverse esperienze? come ci proponiamo di fronte ad esse?

È da considerare anche l'atteggiamento

dell'operatore, che fa una differenza significativa sia rispetto al processo che verrà messo in atto, sia rispetto ai risultati ottenuti. Esso dipende come sottolinea Telfener (2011) da molteplici fattori: 1) dalle caratteristiche personali di ciascuno; 2) dal modello di intervento utilizzato; 3) dal posizionamento che l'operatore assume rispetto al problema; 4) dal sistema che è stato fatto emergere; 5) dalla domanda cui si risponde; tutti fattori interdipendenti tra loro.

Mi sono chiesta tante volte quale posizione stessi assumendo nelle diverse situazioni. Avevo bisogno di sentirmi esperta? Sentivo la necessità di rispondere alle richieste? Questo suscitava in me emozioni contrastanti; e quale ruolo giocavano le emozioni in tutto ciò?

C'è sempre un naturale interesse per le emozioni. Le emozioni sono per definizione legate alla situazione presente, anche se evocate da rappresentazioni mentali che riguardano il passato e il futuro, entrando quindi nelle interazioni osservabili. Le emozioni sono uno degli elementi che costituiscono le relazioni e la loro analisi può essere utile per comprenderle.



Figura 1 - "La Danse" di Henry Matisse, 1910

Il mio incontro con la classe IV° F

Si tratta di una classe poco numerosa della

città di Parma, composta in prevalenza da bambini stranieri. Il corpo docente è costituito, oltre che dall'insegnante di religione, che non ho mai incontrato, dalla docente di educazione motoria, dall'insegnante di matematica, che è presente in classe per il secondo anno consecutivo, e dalla nuova insegnante di italiano.

Vengo contattata dall'insegnante di italiano per telefono, la quale mi comunica di voler aderire al progetto; concordiamo di incontrarci prima delle vacanze di Natale per poter poi cominciare a collaborare immediatamente al rientro.

Telfener (2011) spiega che il contatto iniziale con una richiesta è già una risposta che comunica sia esplicitamente, che implicitamente, una definizione del problema. Durante il primo contatto inizia a definirsi la relazione e il contesto della presa in carico. Si tratta di un momento molto delicato di un incontro, in quanto un "ingaggio" corretto getta le basi per il dispiegarsi del lavoro. Che tipo di relazione intendiamo stabilire e a tollerare? Quali sono le fantasie in atto? Qual è la struttura della situazione in cui è emersa questa particolare domanda di aiuto? Quali messaggi vengono condivisi nell'affrontare la sofferenza che ci è stata presentata? Quali obiettivi porsi? Quali mete da raggiungere?

Quando si entra in un contesto non è sufficiente seguire quello che viene chiesto e metterlo in pratica nel miglior modo possibile, è necessario analizzare e ridefinire la domanda, per riflettere su che cosa significhi intervenire in quel particolare contesto. Non sempre ciò è facilmente praticabile, soprattutto quando, come a scuola, la richiesta è specifica e spesso molto concreta.

Nei giorni precedenti riflettevo su cosa avrei potuto dire, come avrei potuto presentarmi, ricordavo a me stessa di tenere presente tut-

ti i partecipanti, ma anche coloro che erano assenti; ero convinta di non voler assumere il ruolo di "Esperto", ritenendo e attribuendo agli insegnanti stessi il ruolo di "esperti della classe", in quanto attenti conoscitori di quanto mi avrebbero descritto: Mi chiedevo se fossi all'altezza della situazione, avevo paura di concentrarmi troppo sui contenuti e sull'emergenza della situazione.

Provavo difficoltà e incertezza prima di entrare in classe, pensavo a come rispondere ad un particolare insegnante o affrontare una questione difficile.

In questo modo si può creare un contesto che rispecchia il proprio vissuto, la propria ansia, o le premesse delle quali non si è consapevoli: con qualcuno mi rapporto con più facilità? Sarei riuscita a confrontarmi con chi mi sembrava particolarmente ostile? Avevo paura di correre il rischio di cercare alleati che mi facessero sentire più sicura, ma l'atteggiamento che mi guidava era la curiosità e il rispetto per coloro che stavano affrontando una situazione difficile perché solo loro avrebbero potuto insegnare come fare.

Come ricorda Cecchin (1988) la curiosità allontana dall'etichettamento e dal pregiudizio, esalta la complessità e la molteplicità di prospettive.

Durante il primo incontro mi sentivo "travolta" dal racconto delle insegnanti, mi veniva descritta una classe con livelli diversi di apprendimento e quindi con un percorso differenziato, dove era presente il rispetto per le differenze culturali, religiose ed etniche ma dove non si sapeva negoziare, non si era in grado di riconoscere le emozioni, non si accettava il "no", non ci si controllava e non si cooperava.

Seguiva la descrizione bambino per bambino, di quasi tutti i componenti della classe, le insegnanti si concentravano in modo parti-

colare su un alunno, Asab, che mi sembrava stesse diventando il “capro espiatorio”.

Mi raccontavano molti avvenimenti che riguardavano Asab; l’insegnante di italiano sembrava la persona maggiormente “agguerrita” nei suoi confronti, pensava di non essere rispettata perché appena arrivata; l’insegnante di matematica, invece, appariva maggiormente accomodante, raccontò, infatti, che l’anno precedente prese le difese del bambino quando la famiglia di una compagna di classe gli rivolse gravi accuse.

Durante l’incontro sono riuscita ad intervenire pochissimo, le loro aspettative erano molto alte, mi stavano chiedendo di intervenire sulla gestione dell’aspetto emotivo in classe, sul senso di colpa, sulle regole e sul ruolo di vittima e carnefice. Il tempo scorreva veloce, ma io mi sentivo sempre più “schacciata” e impossibilitata a dire qualsiasi cosa, mi sembrava di non esserci; le insegnanti non avevano bisogno di ascoltarmi, ma di essere ascoltata perché era “il loro turno”.

In questo racconto erano presenti molte persone: i bambini, alcuni genitori, il preside, le insegnanti che le avevano precedute. Mi sembrava, però, che mancassero proprio le due “insegnanti narratrici”. Cominciai allora a chiedermi: cosa ci faccio io qui? Chi ha bisogno del mio supporto? Dove mi posso collocare?

È sempre necessario analizzare la propria posizione nel contesto.

Quando il consiglio di classe richiede l’intervento dello psicologo, può succedere che questi entri in comunicazione con tutti o solo con una parte di essi senza che si abbia una definizione delle relazioni, rispondendo così alle richieste provenienti dal sottosistema.

Il rischio che questo accada è molto forte. Ho sentito spesso nelle prime fasi l’esigenza di rispondere alla domanda, di chiedermi

cosa stessi facendo, l’esigenza di risolvere la situazione; ma sentivo che, fino a quando rimanevo concentrata su questo, potevo correre il rischio di “non vedere” i miei interlocutori.

L’esito solitamente è frustrante sia per gli insegnanti che per se stessi. Una definizione poco precisa può portare ogni insegnante ad attribuire una funzione diversa, secondo le proprie aspettative e le proprie premesse attribuendo allo psicologo il ruolo di cui la scuola ha maggiormente bisogno in quello specifico momento o in quella determinata situazione.

Allora si viene visti come l’esperto, il mago che con la bacchetta magica porta via i problemi, il meccanico che aggiusta il pezzo “rotto” o, in generale, lo specialista; spesso la scuola si aspetta dallo psicologo la conferma della propria lettura, ma con un tono scientifico. Così ognuno definisce le relazioni con gli altri membri in funzione di una propria percezione del significato di quel contesto. Un interessante aspetto della relazione emerso nel corso del primo incontro è la definizione di colui al quale si rivolge l’intervento.

Come evidenziano Selvini Palazzoli et al. *“Presidi e insegnanti, in quanto fruitori dell’opera dello psicologo, gli attribuiscono un campo preciso di intervento: la patologia di altri, di chi nella scuola mi impedisce di essere quello che io vorrei essere, di chi mi impedisce di insegnare, di chi impedisce a mio figlio di studiare, di chi impedisce alla mia scuola di funzionare. Implicita, quindi nella richiesta di intervento è anche la pretesa di una rapida soluzione che non comporti cambiamento o un ripensamento in chi si è fatto carico della segnalazione; infatti essi non si ritengono bisognosi di interventi”* (1982, p.28).

In questo senso si costituisce uno schema

lineare nel quale gli aspetti relazionali e circolari dell'interazione umana come " sistema di comunicazione" vengono ignorati.

Si tratta di un'aspettativa di tipo magico, che comporta una squalifica implicita dello psicologo, che porterà al fallimento e al conseguente mantenimento dello status quo.

Ho deciso di effettuare alcune osservazioni in classe durante le lezioni di entrambe le insegnanti. Dopo le osservazioni sentivo forte la richiesta delle insegnanti di "agire", ho voluto rimandare una connotazione positiva a quanto stava accadendo, mi sembrava che si fosse creato un equilibrio per cui ognuno aveva un suo ruolo funzionale a tutto questo; sentivo una forte polarizzazione sul bambino, una sofferenza profonda, il desiderio delle insegnanti di trovare un cambiamento, ma anche l'impossibilità di "muoversi".

Forse non erano in grado in quel momento di ripensare la situazione, avevano bisogno di una soluzione. Perché? Pensavano di averle provate tutte? Si sentivano impotenti? Si sentivano giudicate? Forse stavamo condividendo la paura di non farcela.

Ho rimandato loro il grande sacrificio compiuto, l'impegno, ho cercato di accogliere il loro senso di impotenza di fronte ad una situazione complessa.

Il mio compito era facilitare il processo di cambiamento, osservare "con le mie lenti" quello che stava accadendo, proporre con premesse nuove strategie diverse per provare insieme percorsi fuori dal comune, senza mettermi mai in competizione.

Come attuare tutto ciò? Sarei stata capace di facilitare il cambiamento? Sentivo forte la pressione, intanto dopo un colloquio nel quale era presente solo l'insegnante di matematica, l'ho sentita allontanarsi sempre più, non avevo risposto alle sue richieste? Non le avevo dato la soluzione o non ero

stata in grado di entrare in risonanza con lei; cosa suscitava in me? Il mio atteggiamento inibiva l'emergere di nuove informazioni?

Intanto l'insegnante di italiano, che all'inizio era maggiormente diffidente, sentiva il bisogno di confrontarsi con me. Come era venuta a crearsi questa situazione? Dipendeva dalle mie premesse o dalle loro? Avevamo obiettivi diversi? Io ero riuscita ad esplicitare i miei obiettivi?

È importante che l'obiettivo venga condiviso da tutti i partecipanti e che venga verbalizzato per evitare un esito deludente, per cui ogni membro del consiglio e lo psicologo stesso ne abbiano uno proprio.

Quando si entra in una scuola è necessario conoscere sia le regole esplicite che la governano (ad es. le indicazioni fornite dal Pof, l'organizzazione del consiglio di classe, ecc), sia le regole implicite (come si rapporta la scuola con le figure esterne, qual è la domanda implicita che si pone allo psicologo, di quale insegnante non bisogna dimenticarsi).

Bianciardi (2008) sottolinea come sia inevitabile, durante le relazioni, con l'utenza che anche il terapeuta provi delle emozioni, le quali vengono sempre trasmesse all'interlocutore. Le emozioni fungono da segnali, che ci permettono di percepire come ci sentiamo con noi stessi e nelle relazione con l'altro e istruiscono la relazione.

Ero preoccupata e frustrata perché il mio lavoro non veniva riconosciuto e questo non mi consentiva di vedere che il contesto stava agendo con me le regole con cui è abituato a funzionare, forse non c'era tempo e forza per esaminare le proposte e le riflessioni.

Solo a posteriori sono riuscita a riflettere più serenamente su quanto stava accadendo, su quanto potesse essere difficile per le insegnanti impegnarsi in un nuovo cammino,

si rischiava di rompere l'equilibrio.

Questo rischiava di provocare delle mie reazioni, perciò ci si dovrebbe domandare quali emozioni si sentono più frequentemente lavorando, a quali visioni del mondo e a quali emozioni rimandano, quali esperienze personali vengono in mente collegando emozioni e ipotesi, in che modo quella particolare situazione collude con la propria lettura. Si è sempre pronti a riflettere sulle proprie premesse e sulle proprie emozioni? Anche noi rischiamo di rompere il nostro equilibrio? È “meglio” nasconderele e tentare di occuparsi del resto del sistema?

Dopo un'altra osservazione in classe, abbiamo concordato con le insegnanti un colloquio di restituzione.

Mi ero preparata molto all' incontro, ho riflettuto su ciò che avrei detto, come mi sarei posta. Cosa mi aspettavo da loro? E le insegnanti da me? Avrebbero voluto sicuramente delle risposte, delle conferme su quanto visto in classe? Sarebbero state pronte a considerarsi parte del sistema? Avevo tanti pensieri che mi ruotavano in testa, ma ero preoccupata di non riuscire a condividerle con loro, temevo di non essere capace di sintonizzarmi costruttivamente con i loro vissuti emotivi.

Telfener (2011) ci ricorda che si lavora con i significati, non solo quelli espliciti nostri e degli altri, con quelli che emergono nella relazione, ma soprattutto con le griglie che ciascuno mette in campo e che danno origine a prassi comuni e condivise.

Queste griglie sono tacite e vanno indagate, vanno costantemente messe alla prova, in quanto i pregiudizi sono ineliminabili.

Nelle relazioni ci si influenza ed è perciò necessario imparare a cogliere la qualità del nostro modo di parteciparvi, per comprendere le reazioni che il nostro modo di porci può

evocare e provocare. Inoltre, definirsi chiaramente evita che il sistema ci veda secondo la propria necessità di equilibrarsi all'interno, trasformandoci da potenziale promotore di cambiamento a garante dell'omeostasi.

All'incontro era presente solo l'insegnante di italiano, l'insegnante di matematica non partecipava, ma era a scuola ed entrava e usciva dalla classe con alcuni documenti tra le mani. Facevo molte fantasie sui suoi movimenti: mi domandavo cosa volesse dire la sua “presenza- assenza”, cosa significasse “esserci non essendoci”.

Questa situazione non mi faceva sentire a mio agio, sembrava che la mia presenza fosse inutile. Forse quel sistema non era pronto a “rompere l'equilibrio” su cui si era costruita quella forma di disagio, e in qualche modo forse contribuivo a mantenere l'omeostasi. Mi sentivo impotente.

Intanto l'insegnante di italiano mi riferiva che la situazione era migliorata, almeno nelle sue ore e mi raccontava in maniera molto approfondita del suo rapporto con la collega. Mi rendevo conto che questo aspetto era rimasto nascosto precedentemente, emergeva un clima di tensione celato sotto un velo di apparente armonia.

In quel momento mi sono sentita messa in mezzo, forse stavo rischiando di amplificare quello che stava succedendo, o anche stavo incoraggiando queste dinamiche senza averne totale consapevolezza. In tale panorama mi sentivo come bloccata.

Percepivo il pericolo di una dinamica di triangolazione, in questo modo la tensione rischiava di allargarsi e ne avrebbe impedito la soluzione.

Avevo bisogno di soffermarmi maggiormente sulle “mie riflessioni”, di indagare i concetti che avevo utilizzato, di esplorare i loro feedback, di accogliere i diversi punti di vista

e le diverse punteggiature di ciò che stava avvenendo.

La ricorsività tra ciò che vediamo e come lo organizziamo in rapporto a ciò che accade è legata ad una posizione autoriflessiva e partecipata. Ognuno prende parte a quella specifica situazione con le proprie premesse, esperienze, credenze ed emozioni; tutti elementi che richiedono di venire connessi tra loro, sia nella loro componente contenutistica, che in quella emotiva.

Elkaim (2008) ha proposto il tema della risonanza come quella situazione in cui non vediamo di non vedere, in quanto l'argomento è per noi scottante o ci è troppo vicino e troppo emotivo. Sostiene che ciò che nasce come sentimento in uno psicologo dai primi momenti in cui si trova in un nuovo contesto, nella situazione codificata di un incontro, non è soltanto legato ai colleghi, ai committenti, agli utenti o alle persone che si hanno di fronte; ciò che nasce è legato al soggetto stesso.

Elkaim (2008) parla di risonanza tra visioni del mondo dei membri partecipanti: le emozioni che nascono hanno a che fare, cioè, con l'economia del sistema appena formato e contemporaneamente con la vita privata dell'operatore. Queste emozioni disturbanti possono essere considerate indicative di un'importante regola del sistema di cui si fa parte e l'esperienza che si vive può offrire un'occasione per comprendere qualcosa del nuovo contesto di significazione.

Analizzare la rilevanza delle emozioni rispetto alla propria vita e rispetto alle persone che si hanno di fronte permette di scoprire un ponte singolare che ci lega agli altri, nel momento preciso del processo in atto.

Si tende ad essere ciechi rispetto alle emozioni che si sentono e a focalizzarsi sui vissuti degli altri.

Serve tempo per imparare a domandarsi quali emozioni si sentono, a cercare di non nasconderele a se stessi. Prima di ciò si è forse impegnati a "diventare esperti", si rischia così di accettare totalmente la delega, di proporre percorsi poco chiari, intervenendo "su" anziché lavorare "con", e accettando incondizionatamente la cultura del contesto.

L'incontro proseguiva e sentivo con il passare del tempo una "connessione" molto forte nei confronti del contesto.

All'incontro successivo erano presenti entrambe le insegnanti e abbiamo deciso insieme di proporre ai bambini un'attività in classe come spazio di riflessione sull'ascolto di sé.

Avevamo programmato due incontri in classe condotti dalle insegnanti, durante i quali io sarei stata presente, per poi riflettere insieme su quanto sarebbe emerso.

Mi è sembrato nel tempo che le loro posizioni cambiassero radicalmente, l'insegnante di italiano, inizialmente diffidente, aveva creato nel tempo una relazione complice, ma allo stesso tempo autorevole con la classe distanziandosi però sempre di più dalla collega, la quale era fin da subito apparsa come la "chioccia", in seguito ha faticato a trovare nuove considerazioni e condivisioni con la collega e il gruppo in generale.

Pochi giorni prima della data fissata le insegnanti mi hanno contattato per riorganizzare le attività con i bambini, avevano deciso di svolgerle esclusivamente nelle ore dell'insegnante di italiano. Perché hanno preso questa decisione?

Ero presente durante il laboratorio in classe; è stato per me un momento piacevole, ho trovato i bambini interessati, partecipi e l'insegnante è riuscita a interagire con loro facendo emergere alcune importanti considerazioni sul loro modo di fare.

Ho condiviso, durante l'incontro successivo, con l'insegnante di italiano (l'unica presente) queste mie impressioni e le ho rimandato quello che avevo potuto osservare sul clima della classe.

È emerso in quel momento in maniera esplicita ciò che stava rivelandosi da un po' di tempo, si è modificato il focus di attenzione dai bambini e Asab in particolare a se stessa, alla sua relazione con la collega, i bambini, i genitori e il bisogno di avere qualcuno che riconoscesse la difficoltà che stava vivendo e gli sforzi che stava mettendo in campo per affrontarle. Ho cercato di dare il mio sostegno, ho sentito forte la sua difficoltà e la sua determinazione ma allo stesso tempo il bisogno di essere "accompagnata" in questo percorso.

Riflettevo sul perché l'insegnante aveva deciso di non partecipare, cosa stava comunicando con la sua assenza? Stava esprimendo disinteresse? Aveva bisogno di essere riconosciuta?

Anch'io ho inviato comunicazioni verbali, non verbali, tonali, relazionali ed emotive, esplicitate in azioni, parole, silenzi e comportamenti. Le ho sicuramente inviate a tutti, non sempre consapevolmente, sia alla referente che a tutti i partecipanti: sono state sia esplicite (accettare un mandato, fare un contratto), ma anche implicite (alleanze e collusioni di cui è necessario imparare a rendersi conto), tacite (scopi personali, giochi in cui si rischia di cadere). Colludere (Laing, 1961) significa connettersi ad un sistema, costruendo regole condivise che mantengono lo status quo. La collusione implica sempre un processo interpersonale, diventa quindi indispensabile, ma contemporaneamente molto pericolosa, se inconsapevole. È un modo per entrare nel sistema, ma si può cadere nelle sue trame e ragionare secondo la logica del

sistema stesso, quindi perdere il proprio potere perturbativo, il rischio è mettere in atto azioni troppo sintoniche con il clima interno che quindi risultano solo rumore, non producono nessun cambiamento, facendo perdere la valenza evolutiva.

Rispetto a ciò diventa importante far emergere i significati che si esplicitano nel tempo, l'interazione tra le figure in rapporto e cercare la coerenza e la funzione adattiva del problema. Sebbene mi sia posta questi obiettivi e abbia sempre riflettuto sull'importanza della relazione, sentivo soprattutto nelle prime fasi l'ansia di "fare" e la preoccupazione sulle mie capacità, ma così rischiavo di perdere la dimensione contestuale occupandomi solo del sistema osservato. Solo quando sono riuscita ad abbandonare l'idea "di risolvere", l'ansia si è allentata e sono riuscita veramente a riflettere su ciò che accadeva, alcuni comportamenti delle insegnanti rievocavano in me sensazioni spiacevoli, a volte erano fonte di gratificazione; in quel momento ho smesso di nascondere a me stessa cosa sentivo, così sono riuscita a partecipare appieno alla "danza". Non è stato semplice e penso che i miei vissuti siano rimasti in parte celati. Il poter esplicitare a se stessi e agli altri le proprie premesse può essere un aspetto fondamentale della comunicazione e delle relazioni, aiuta a prendere consapevolezza. Per sopravvivere in questo mondo (Cecchin, 1997) abbiamo bisogno di essere fedeli alle nostre convinzioni profonde, ma è necessario anche essere capaci di metterle in discussione quando ci portano in un vicolo cieco.

Boscolo e Bertrando (1996) ci ricordano come il terapeuta che non voglia essere ingenuo nel suo lavoro deve diventare consapevole delle proprie premesse, ovvero degli assunti che lo guidano nel suo agire: quanto

di quell'agire è dettato da pregiudizi sociali e culturali, quali possono essere le premesse del cliente (i suoi assunti individuali, familiari, sociali e culturali) in che modo la relazione terapeutica obbedisce a questa relazione tra epistemologie (sistemi di premesse) diverse. Il primo passo per aderire al modello sistemico è l'abbandono della ricerca del responsabile, uscendo dalla logica fondata sul modello linguistico lineare (causa- effetto) che condiziona alla ricerca delle cause. Sono realmente riuscita ad uscire dalla logica lineare?

Le insegnanti avevano bisogno di sapere chi fosse il responsabile? Sono riuscita a non rispondere alla richiesta esplicita? Quanti dubbi mi hanno accompagnato e in questo percorso a volte mi sono sentita inadeguata. Ho chiesto troppo a me stessa?

Ho incontrato l'insegnante di italiano poco prima della fine dell'anno scolastico.

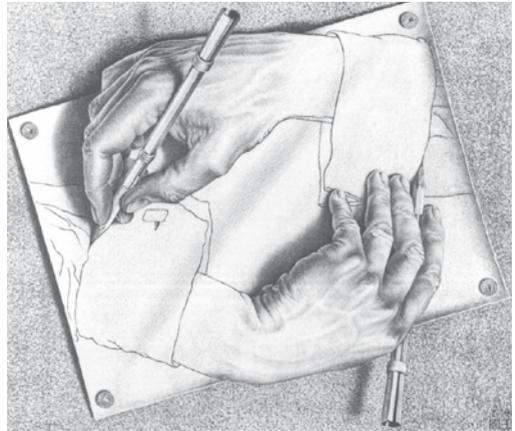
Mi ha lasciato dicendomi che nel tempo era riuscita ad avere una nuova visione del percorso, ancora non sapeva se quest'anno avrebbe insegnato di nuovo in questa classe, ma nonostante tutto le sarebbe piaciuto molto perché desiderava portare avanti quanto fatto quest'anno, ha deciso che collaborerà con la sua collega, ma lo farà "in modo diverso" e si dedicherà volentieri ai suoi bambini. Ho ripensato molto al percorso fatto in questa classe, sento di aver in qualche modo fatto parte del sistema.

È stato per me significativo, mi ha dato la possibilità di riflettere non solo sugli altri e sul contesto, ma anche su me stessa in un percorso di conoscenza profonda sempre in divenire.

Ho scelto di riflettere su questa situazione, sebbene tutte abbiano avuto un ruolo nel percorso di crescita e arricchimento personale e professionale perché fin da subito ho

sentito forte il bisogno di riflettere sul contesto e sulla natura delle relazioni che si venivano a creare.

Figura 2 "Drawing hands" di M.C. Escher, 1948



CONCLUSIONI

Da queste riflessioni si aprono numerosi risvolti e tanti sarebbero gli aspetti da approfondire ma alla luce di quanto emerso vorrei fare un'ultima considerazione sul contesto e sulla propria posizione nel contesto.

Il contesto e ogni elemento di esso sono fortemente interconnessi; ogni elemento acquisita significato grazie al contesto.

Il contesto emerge dalla relazione tra elementi, genera significati; è la storia dell'intreccio tra componenti. Presupposto sistemico consiste nel non scindere l'elemento dal contesto.

Per capire la relazione e la domanda è necessario comprendere quale sia il contesto da creare di volta in volta. Ciò emerge chiaramente nel lavoro nella scuola e in particolare nell'ambito del progetto "Quadrifoglio" dove è sempre importante calibrare il proprio intervento a seconda della situazione che si va ad incontrare.

Bateson (1972) definisce il contesto una struttura nel tempo: per mantenere una re-



Figura 3 - "Knots" di M.C. Escher, 1965.

lazione è indispensabile tenere conto dei cambiamenti dell'organizzazione più ampia in cui una relazione è inserita, ma anche contribuire a costruire una cornice in cui differenti mandati siano riconosciuti e i diversi punti di vista confrontati.

Riprendendo Telfener (2011) si può dire che è necessario lavorare sulle rappresen-

tazioni e sulle premesse che guidano noi e gli altri, usando se stessi come importante strumento di lavoro. Lasciarsi andare, non avere l'ansia che succeda qualcosa, mantenere la fiducia attiva e nello stesso tempo presentare se stessi e mostrarsi trasparenti. Telfener dice che *"la consapevolezza della propria competenza permette di prendere coscienza dei limiti"* (2011, p. 121).

Questa esperienza mi ha consentito di riflettere sull'importanza della qualità e della natura del mio partecipare alle relazioni, comprendere le reazioni che il modo di porsi in relazione può creare negli altri e la ricchezza di emozioni che possono scaturire dal momento iniziale del percorso fino al termine. È stato un arricchimento personale e professionale riflettere sulle comunicazioni e sulla capacità di sintonizzarsi con i vissuti miei e degli interlocutori.

Bibliografia

- Associazione Pro.di Gio. (2004). *Lo psicologo a scuola è comodo*. Edizioni Diabasis.
- Bateson, G. (1972). *Steps to an Ecology of Mind*. New York: Ballantine.
- Bianciardi, M. (2008). *Le emozioni del terapeuta. Dagli atti del convegno internazionale Emozioni e sistemi. Terapia sistemica, relazioni emotive*. Torino, 10 ottobre 2008.
- Boscolo, L., Bertrando P. (1996). *Psicoterapia sistemica individuale*. Milano: Raffaello Cortina.
- Cecchin, G., "Hypotezising, Circularity, and Neutrality Revisited: an Invitation to Curiosity" *Family Process*, 26, 405-413. Trad.it "Revisione di Concetti di Ipotizzazione, Circolarità, Neutralità: un Invito alla Curiosità, *Ecologia della Mente* 5/1988, pp.29-41.
- Cecchin, G., (1997). *Linguaggio Azione Pre-giudizio*. Connessioni, n.1.
- Cecchin, G., (2008). *Ci relazioniamo dunque siamo*. *Curiosità e trappole dell'osservatore*, Connessioni, n.15.
- Elkaim, M. (2008). "Resonance in Supervision and Training". In *Human Systems*, 19, 1-3 pp. 16-25
- Laing, R., D., (1961). *L'io e gli altri*. Firenze: Sansoni.
- Morin, E., (2007). *Il metodo. Vol.3. La conoscenza della conoscenza*. Milano: Raffaello Cortina.
- Peruzzi, P., (1992). *Scelta metodologica e scelta terapeutica: possibili alternative rispetto alle emozioni in terapia familiare*, *Connessioni*, n.1.
- Restori, A., (2012). *Prove di Volo: Individuazione precoce del disagio scolastico nel quadro degli interventi dedicati alla prevenzione del disagio giovanile*, trovato il 12 novembre 2012 su <http://provedivolo.ausl.pr.it/page.asp?IDCategoria=819>.
- Selvini Palazzoli, M., Cirillo, S., D'Ettorre, L., Garbellini, M., Grezzi, D., Lerma, M., Lucchini, M., Martino, C., Mazzoni, G., Mazzucchelli, F., Nichele, M., (1976). *Il mago smagato. Come cambiare la condizione paradossale dello psicologo nella scuola* Milano: Feltrinelli Economica.
- Sullivan, H. (1954). *The Psychiatric Interview*. New York: W. W. Norton.
- Telfener, U., (2011). *Apprendere I contesti. Strategie per inserirsi in nuovi ambiti di lavoro*. Milano: Raffaello Cortina.



Finito di stampare nel giugno 2013 da

EDICTA[®]
EDIZIONI

