

CAMBIA-MENTI

Rivista dell'Istituto di Psicoterapia Sistemica Integrata

Oltre i contesti clinici

volume 3/2014



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, Elisabetta Magnani, Stefania Pellegrini, Paolo Persia, Giada Ghiretti

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 Loredato (Roma)

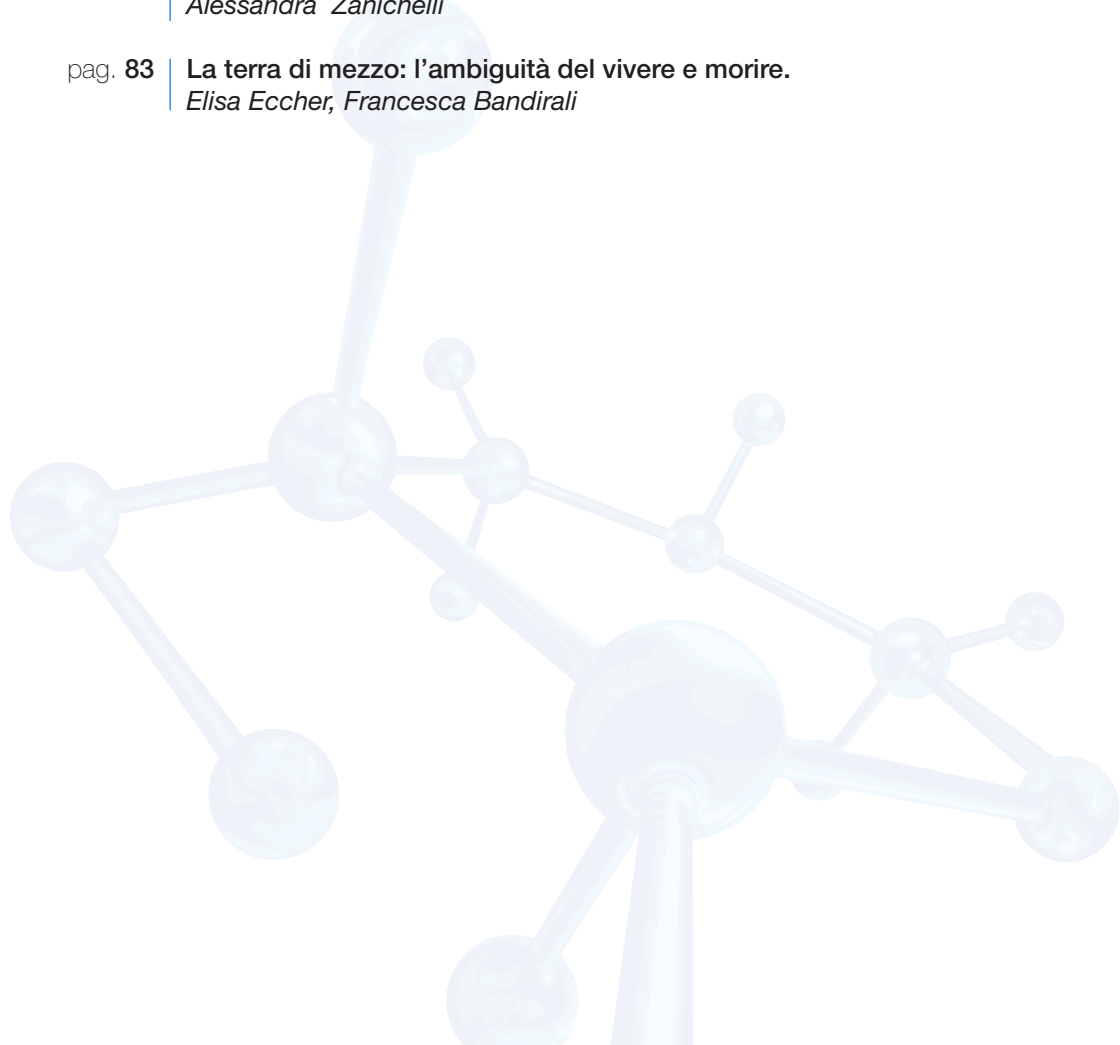
Segreteria organizzativa

Ilaria Dall'Olmo



Indice

- pag. 05 | **L'approccio sistemico nei contesti urbani ad alto rischio di devianza.**
Ivan Avanzi
- pag. 19 | **DSA. Dall'ottica lineare a quella sistemica: il mio ruolo da mediatrice didattica.**
Romina Ceroni
- pag. 31 | **La famiglia del malato neoplastico: congiura del silenzio tra miti e segreti familiari.**
Tiziana Brancati
- pag. 43 | **Il corpo in emergenza.**
Giulia Catelli
- pag. 55 | **Meta genealogia, tra Jodorowsky e sistemica.**
Emanuele Arletti
- pag. 71 | **Diversamente occupabili: l'inserimento lavorativo disabili in una prospettiva sistemica.**
Alessandra Zanichelli
- pag. 83 | **La terra di mezzo: l'ambiguità del vivere e morire.**
Elisa Eccher, Francesca Bandirali



L'approccio sistemico nei contesti urbani ad alto rischio di devianza

di Ivan Avanzi (allievo I anno)

Sommario

Il termine "strada" nel linguaggio comune è frequentemente sinonimo di disvalore, spesso è accostato a termini sgradevoli come "vita di strada", "ragazzi di strada" proprio per evidenziare la distanza con cui la normalità giudica chi vive un'esclusione dalla società ordinata. Diversamente la strada è risorsa di chi non ha risorse. È il luogo della fuga, delle mancanze di alternative, della noia giovanile o della semplice aggregazione, di relazioni diverse da quelle che il contesto familiare offre. Riacciandosi al contesto di strada come risorsa, l'intento dell'autore è quello di correlare il lavoro di strada ai principi su cui si basa l'approccio sistemico. Tale spunto prende ispirazione dall'esperienza dell'autore come educatore di strada in contesti urbani ad alto rischio di devianza. Durante il lavoro nei quartieri periferici di Milano l'autore ha realizzato quanto l'approccio sistemico possa essere applicato all'educativa di strada, accostando gli insegnamenti teorici dei classici Batesoniani alla pratica di un contesto destrutturato come può essere quello dei quartieri popolari.

Parole chiave

"Educativa di Strada" "Periferie" "Approccio Sistemico" "Disagio Sociale" "Devianza Giovanile" "Prevenzione della Devianza"

Abstract

In everyday language, the word "street" is often a synonymous of non-value, it is often connected to unpleasant terms like "street life", "street urchin" (boys who live in the streets) to highlight how ordinary people judge people who live on the fringes of society.

Otherwise the street is the ability of who do not have abilities. It is the place where escape, the place where there is no choice, the place where the boredom of youth is, an easy meeting place, the place where to find relationship outside family.

The aim of author is to link the educational work on the street to systemic approach basics. The idea take the cue from the experience of the author as street educator in deviant behavior urban contest. During the practice in the suburbs of Milan the author understand how systemic approach could be apply in street educational, linking the classic Bateson teaching to educational practice in deconstructed contest like suburbs.

Key words

"Street education" "Suburbs" "Systemic Approach" "Social Disadvantage" "Juvenile Deviance" "Deviance Prevention"

IL LAVORO DI STRADA NEI CONTESTI URBANI

Con la definizione “lavoro di strada” si intende un intervento che contempla l'avvicinamento degli operatori sociali, nella fattispecie educatori di strada, ai luoghi della socialità quotidiana delle persone. Utilizzando il termine “strada” vengono prese in considerazione tutte quelle zone destrutturate frequentate da un tipo di utenza che difficilmente, in maniera spontanea, si avvicinebbe ai servizi. In questo modo la strada non si riduce a semplice luogo, spazio fisico, ma coinvolge ogni luogo dell'informale e di per sé spazio vitale per giovani e adulti. L'educativa di strada può così rivolgersi a differenti target, ma nello specifico la quasi totalità dei progetti è rivolta alla fascia adolescenziale e giovanile.

È senza dubbio d'obbligo una precisazione per quanto riguarda le fasce d'età contemplate nei progetti di educativa di strada. La necessità di chiarire quale sia il momento conclusivo dell'adolescenza può seguire due logiche parallele, la prima prende in esame l'acquisizione dell'autonomia finanziaria del soggetto; questo limite è tuttavia molto elastico poiché l'adolescenza terminerebbe assai prima per chi accede al mercato del lavoro terminato l'obbligo scolastico, si prolungherebbe fino ai 18/19 anni per chi entra nel lavoro dopo la scuola secondaria e avrebbe termine verso i 24/26 anni per chi diviene indipendente dalla famiglia dopo la laurea (Palmonari, 1995). Ovviamente questo tipo di logica difficilmente sarebbe applicabile alla categoria dei “Neet” (Not (engaged) in Education, Employment or Training) i giovani che non studiano né lavorano.

Palmonari (1995) identifica però una seconda logica per definire il termine dell'adole-

scenza, ovvero quando il soggetto si rende protagonista di scelte che evidenziano una sua rappresentazione relativamente chiara del rapporto fra Sé e il mondo, oltre alla capacità del soggetto stesso di impegnarsi in un rapporto di coppia prefigurato come stabile.

È per queste motivazioni che il target di riferimento dei progetti di educativa di strada non può essere costretto entro un rigido limite di età, ma può spaziare oltre i 19/20 anni fino ad arrivare, in alcuni casi limite, anche fino ai 24/25 anni.

Quindi rientrano nel target di riferimento anche i “giovani adulti”, coloro che si posizionano nella fascia d'età che divide l'adolescenza dall'età adulta.

A questo punto, delineata l'utenza con la quale gli operatori si trovano a lavorare, l'attenzione verrà spostata sugli adolescenti. È noto che l'adolescenza sia un momento assai critico nel processo di crescita personale, è lo stadio di vita durante il quale il giovane ricerca una propria identità personale, staccandosi dal nucleo familiare. Tale processo è di fondamentale importanza poiché la mancata conclusione di un'operazione di ricerca identitaria ostacolerà la realizzazione di rapporti intimi e generativi (in senso psicologico, oltre che biologico) negli anni successivi all'adolescenza (Palmonari, 1995). È inoltre bene ricordare che le problematiche giovanili possono derivare sia dal contesto sociale, ovvero la rete di relazioni in cui il soggetto è inserito, che dalla qualità delle esperienze maturate durante l'adolescenza. Ci sono così differenti modi di vivere l'adolescenza: chi la sperimenta come una fase di crescita faticosa, ma orientata ad uno scopo, quindi dotata di senso, e chi si sente considerato ai margini del mondo adulto senza obiettivi da perseguire. Questa se-

conda modalità di vissuto è quella che porta molti adolescenti delle periferie metropolitane ad agire con l'unico scopo di rendersi visibili agli occhi degli adulti e delle istituzioni, rendendosi protagonisti di atti vandalici apparentemente insensati, percepiti però dai protagonisti nella sola dimensione della sfida alle istituzioni.

Ritornando al concetto di ricerca dell'identità personale, si è osservato come lo scolamento dall'influenza familiare sia accompagnato da una sempre maggiore necessità di riconoscersi, da parte dell'adolescente, nel gruppo dei pari. Rosenberg (1967) ha mostrato che per gli adolescenti che hanno un rapporto difficile e problematico con gli adulti il gruppo dei pari sia assunto come unico e solo punto di riferimento. L'influenza che tale gruppo esercita sul comportamento di ognuno dei suoi membri può essere positiva o negativa e le modalità stesse con cui il gruppo influenza in maniera positiva e negativa un membro non differiscono (Sherif, 1984).

Palmonari (1995) sostiene che le forze psicologiche, che fanno sì che un gruppo eserciti un'influenza sui suoi membri, si producano nell'interazione con l'ambiente socio-culturale, sulla base delle immagini prevalenti di successo e di riuscita delineate da attori sociali significativi per il gruppo, siano essi immediatamente presenti e osservabili o evidenziati dai mass media.

L'aggregazione informale è perciò tipica di ogni categoria di adolescenti e la composizione di ciascun gruppo è assai omogenea. Le "compagnie" sono così caratterizzate da identica provenienza sociale, contesti culturali simili e uguali condizioni scolastiche o lavorative; vengono inoltre accumulati dal look esteriore, dal linguaggio, dalle modalità di interazione e dagli stili di comportamento. Tali caratteristiche sia esteriori che di pen-

siero definiscono un gruppo, e il gruppo stesso decide le dinamiche di rapporto con gli adulti; ed è proprio su questo limite poco definito che agiscono gli educatori di strada. Perché se la qualità delle relazioni fra adolescenti e adulti può essere conflittuale e carica di tensioni, ciò avviene nella totalità delle volte in cui gli adulti cercano di orientare gli adolescenti verso scopi o comportamenti che questi non sentono propri. Quindi se gli adulti, e in questo caso gli educatori di strada, rinunciano ad esercitare sul gruppo un controllo non richiesto, decidendo ciò che il gruppo deve o non deve fare, e sono realmente interessati a comprendere quel che succede nel gruppo, potrebbero non avere difficoltà a trovare un metodo comunicativo con gli adolescenti.

Le esperienze di devianza giovanile non sono correlate alla provenienza o meno del soggetto deviante da un contesto di disagio sociale. Ciò che influisce sulle scelte devianti del soggetto sono le crisi esperienziali, valoriali e comunicazionali che può incontrare e attraversare anche in condizioni apparentemente normali. Da non sottovalutare inoltre sono le concrete opportunità devianti con cui i giovani si possono confrontare.

Secondo una visione più completa tra i fattori che portano i ragazzi verso la devianza, oltre alle già citate crisi esperienziali, possiamo annoverare i processi familiari e gruppalmente al di fuori della famiglia.

Ed è proprio all'esterno della famiglia, nei gruppi di giovani, che l'operatore di strada deve cercare di comprendere quelle che Harré (1984) definisce come regole interpretative e regole d'azione.

Le regole interpretative possono essere facilmente identificate come quelle che rispondono alla domanda "che cosa significa" e rinviano al significato che le persone,

in gruppi e contesti diversi, attribuiscono agli stessi atti, segnali o comportamenti.

Le regole d'azione invece possono essere individuate attraverso la domanda "come si fa questo", ovvero le ricette di comportamento valide e rilevanti di uno specifico gruppo. Nei gruppi di adolescenti spesso queste regole di comportamento prevedono che i membri si debbano sperimentare assumendosi rischi rilevanti, esibendo sicurezza, provocazione e anche aggressività sommata a violenza per poter rimanere dentro le regole d'azione del proprio gruppo.

Intervenire in contesti come quelli appena descritti implica esercitare una grande cautela e una relativa attenzione, poiché i ragazzi e i gruppi potranno rinunciare ai rischi trasgressivi e alla devianza soltanto se avranno inserito nelle regole del gruppo altri criteri per mantenere la loro coesione e le loro identità gruppali.

Le regole interpretative e d'azione, anche quando sono devianti, svolgono una decisiva funzione per il mantenimento sia del gruppo che del rapporto tra il giovane e il gruppo: è questa una delle ragioni principali per cui il gruppo e il ragazzo difendono strenuamente tali regole e la possibile relativa devianza, intendendo così proteggere la loro stessa appartenenza al gruppo come fonte di esperienze rilevanti e di identità sociale (De Leo, 1995).

Facendo riferimento allo schema proposto è da notare il rapporto tra le dimensioni culturali e la problematica dello stigma sociale. Per quanto riguarda la devianza lo stigma rafforza il legame tra esperienze devianti e identità soggettive. Lo stigma si trasforma così in una sorta di "timbratura sociale" attraverso la quale i soggetti e i gruppi vengono resi riconoscibili tramite caratteristiche

che li "inchiodano" a delle precise condizioni, ad uno status e a un ruolo sociale (Matza, 1976).

Spesso nei processi educativi e socializzanti lo stigma viene usato per produrre effetti normativi e regolativi sui ragazzi. Ai giovani vengono sottolineate le caratteristiche negative di disapprovazione di certi comportamenti, spostando così la disapprovazione dal comportamento stesso (spesso di gruppo) al soggetto, con lo scopo di rendere consapevole il ragazzo in funzione educativa. Un tale agito, in sostanza, si trasforma in una sanzione informale con il fine di far comprendere al soggetto che le caratteristiche negative di quel comportamento possono diventare tratti devianti della sua identità sociale, così se vuole guadagnarsi una migliore reputazione da parte dei suoi adulti di riferimento sarà preferibile che non ripeta tali agiti sfavorevoli.

Ovviamente la forza di una tale strategia educativa è direttamente proporzionale alla qualità del legame tra educatore e ragazzo, oltre a dipendere dalla coerenza normativa che l'adulto propone ed esibisce ai minori stessi.

In mancanza delle condizioni appena descritte questa sorta di "stigmatizzazione educativa" può avere effetti paradossali, poiché può rappresentare un'occasione di ulteriore conflittualità e allontanamento fra minore e adulto, oltre a dare man forte alla costruzione di un'identità alternativa caratterizzata negativamente.

Le dinamiche di comportamento dei ragazzi appena descritte rendono necessario un bagaglio professionale da parte degli educatori che comprenda un atteggiamento di tipo antropologico nei confronti delle esperienze giovanili, che contempli la curiosità e il rispetto per ogni tipo di soluzione culturale proposta dai singoli soggetti, oltre alla

disponibilità ad analizzarla da un punto di vista interno alle esperienze stesse.

Acquisire un tipo di approccio simile non è per nulla semplice, poiché implica una concezione culturale complessa e flessibile, e una grande capacità di indipendenza normativa, di elaborazione delle sfide cognitive ed emotive che provengono dalla diversità delle scelte di vita.

Come afferma De Leo (1995), senza questo tipo di solidità culturale i rischi possibili sono quelli di produrre false alleanze e collusioni con i ragazzi, senza poi riuscire ad uscirne; oppure, al contrario, instaurare nuove forme di stigmatizzazioni svalutative nei loro confronti.

L'educatore di strada dovrebbe così progettare un lavoro di territorio e di quartiere centrato sulle relazioni informali e sulla loro dimensione simbolica, sia con interventi di sensibilizzazione culturale (incontri con enti e agenzie che lavorano sul territorio) sia attraverso le interazioni quotidiane partendo da casi singoli e situazioni specifiche, nei luoghi informali e destrutturati in cui gli adulti si rapportano alle esperienze giovanili.

La difficoltà in questo tipo di lavoro è particolarmente accentuata quando le stigmatizzazioni riguardano il problema della devianza, poiché la devianza genera allarme sociale, aumentando i sentimenti di insicurezza delle persone, irrigidendo ed impoverendo fortemente gli atteggiamenti di disponibilità e cooperazione.

Conclusa questa premessa teorica si ritiene opportuno presentare ora alcuni aspetti empirici del lavoro di strada. Considerando il lato meramente pratico, l'educatore di strada agisce nell'immediato su tre differenti dimensioni: la prevenzione, ovvero evitare un possibile fenomeno deviante prima che questo si realizzi; la gestione di situazioni

conflittuali durante l'intervento; e il recupero, dopo che il disagio si è manifestato. Nel lavoro di strada è fondamentale la rete di relazioni con le agenzie educative presenti sul territorio e le strategie del lavoro sociale di rete comprendono una serie molto ampia di interventi sociali, alcuni estremamente specialistici, altri molto tradizionali.

Alla base di ogni progetto devono essere fissati degli obiettivi primari (o di promozione), degli obiettivi di prevenzione primaria, quelli di prevenzione secondaria, e infine gli obiettivi di riduzione del danno (o prevenzione terziaria), che sono tuttavia esterni alle competenze e al campo lavorativo degli educatori di strada.

La promozione educativa, che si svolge ancora nello "stato di agio" e non contempla utenza in stato di disagio, è caratterizzata prevalentemente da interventi di promozione e animazione. La prevenzione primaria invece si dedica alla "promozione dell'agio" lavorando in rete (con gruppi sportivi o con le scuole, per esempio). La prevenzione secondaria ha come utenza prevalentemente gruppi a rischio. La prevenzione terziaria, che esula l'intervento degli educatori di strada, è compito dei servizi di welfare poiché comprende, ad esempio, interventi di riduzione del danno e l'ausilio della partnership di comunità terapeutiche.

Una realtà complessa e mutevole come quella che possiamo delineare nel contesto del lavoro di strada non può ovviamente essere affrontata con metodi tradizionali che si basano su contratti terapeutici, setting rigidi, strutturati da spazi e tempi ben delineati e da regole definite a priori. La complessità della rete in cui l'operatore si pone, determina necessariamente una modalità di approccio che deve rendere conto della complessità e della varietà delle situazioni.

Squassabia (2001) a proposito ha enunciato quattro leggi:

1) Varietà e complessità come presupposto: contatti, avvicinamento, creare legami, dare risposte destrutturate, fare prevenzione, dare notizie di tipo sanitario, ridare cittadinanza, creare rapporti di fiducia, ecc. La risposta non può pertanto essere univoca, ma deve tener conto della varietà e della complessità, deve considerare i diversi fattori che entrano in gioco: ascolto, intervento, consulenza, relazione, informazione.

2) L'informale come modalità: la realtà della strada è di sua natura informale, richiama la fantasia, si colloca tra la ricerca e l'intervento, esige la massima precisione di modalità e nello stesso tempo deve lasciar spazio al nuovo ed inatteso.

3) L'interazione come proposta: si interagisce continuamente tra il formale (il mondo della famiglia, della scuola e del lavoro) e l'informale spontaneo. La strada come realtà dilatata all'informale, è l'interfaccia, l'interconnessione tra il noto e l'ignoto, tra il tradizionale e il trasgressivo, tra l'assodato e l'inatteso, tra il nuovo ed il vecchio, tra il lavoro dei servizi ed il lavoro dell'operatore di comunità

4) La multifattorialità come strategia: la multifattorialità caratterizzante la realtà determina una scelta strategica di intervento che porta dalla diffusione alla specificità, dall'uso della sociologia visuale (filmati, riprese...) al classico approccio con interviste, dalla prevenzione alla promozione di stili di vita e di animazione di base, una scommessa che si gioca tra i servizi e le "strategie classiche" all'invenzione di nuove modalità formative.

Gli aspetti operativi del lavoro di strada, che possono sembrare di secondaria importanza, nella realtà quotidiana sono fondamentali per un corretto approccio con il gruppo

e soprattutto per il primo contatto. In primis l'età degli operatori, che viene considerata dal gruppo come un elemento avvicinante (un operatore dai 25 ai 35 è molto più spendibile sul campo di un ultra quarantenne) e che può facilitare la comprensione del mondo dei giovani.

Se il progetto contempla l'uscita degli operatori in coppia l'ideale sarebbe mantenere una certa eterogeneità, per quanto riguarda il genere degli operatori, per meglio intercettare entrambi i generi dell'utenza.

Una caratteristica che occorrerebbe non sottovalutare è l'abbigliamento, essendo un "messaggio" che ognuno può leggere. Nell'uscita di strada l'operatore dovrebbe sempre porsi il problema di come gli altri possano vederlo.

La situazione è inoltre molto importante: nell'ambito dell'approccio di strada avere un progetto chiaro è indispensabile, come conoscere il target e lo scopo del progetto. Oltre a ciò, l'aspetto comunicativo dà valore all'aggancio. Se, ad esempio, si avvicina una persona attraverso un'intervista si può creare una situazione di disagio, se invece le si dimostra interesse e si dà rilievo a ciò che dice la si può rendere protagonista, creando così un contatto positivo. In questo modo una persona, un gruppo, non si sente oggetto di un'intervista, ma soggetto che attivamente esprime un parere, su di sé e il suo ambiente. Ultimo, ma non meno importante, è l'aspetto della sicurezza dell'operatore. Sulla strada, dove non ci si può ancorare al ruolo, ma solo alla relazione, la risorsa dell'operatore è il gruppo, con il quale si può definire la modalità d'intervento e la progettualità. Esiste sicuramente una maggiore libertà di azione, che però deve costantemente essere verificata per non ritorcersi contro i singoli.

APPLICAZIONE DELLA TEORIA SISTEMICA ALLA PREVENZIONE DELLA DEVIANZA

Il valore centrale del servizio sociale, del quale l'educativa di strada è parte integrante, come scrive Campanini (2002), è il rispetto della persona umana nella sua dignità e libertà, che si traduce in atteggiamenti quali l'accettazione e l'autodeterminazione. L'operatore sociale si pone così come stimolo, come strumento che introduce informazioni nuove, che organizza quelle offerte dal sistema secondo un'ipotesi, non sostituendosi mai alla persona, non offrendo modelli rigidi a cui adeguarsi, ma facilitando il cambiamento e la riorganizzazione del sistema stesso, rispettandone i tempi, le caratteristiche e le finalità. Inoltre, attraverso la neutralità, l'operatore privilegia un atteggiamento di non giudizio che consente, pur nel rispetto dei compiti e dei mandati istituzionali, di non cadere in valutazioni legate a stereotipi, che non tengano conto del contesto relazionale in cui il singolo è inserito.

Applicando quindi l'ottica sistemica all'educativa di strada si pone l'accento sia sul soggetto stesso che sulle sue relazioni, si punta inoltre al potenziamento della capacità dell'operatore di leggere il bisogno non fermandosi semplicemente a quanto viene richiesto dall'utente (quando, e se accade, l'utente formuli una vera e propria richiesta) oppure selezionando la domanda sulla base delle risposte che la rete dei servizi, della quale l'educativa di strada fa parte, può offrire.

Oltre a ciò il progetto di intervento viene elaborato tenendo conto non solo delle risorse della rete presenti, ma anche degli effetti che potrà avere quella determinata "prestazione" (con tutti i limiti che tale termine può avere se applicato ad un contesto de-

strutturato come il lavoro di strada) su e in quel particolare sistema. Inoltre la considerazione e l'importanza che l'ottica sistemica attribuisce al contesto all'interno del quale nasce il problema facilitano un approccio globale, sia nella dimensione individuale che in quella comunitaria.

Cancrini (1995) sostiene che l'attività dell'operatore di strada sia un lavoro che si svolge all'interno di un contesto psicoterapeutico; una simile affermazione deve tuttavia essere inserita in una più ampia definizione di psicoterapia come attività terapeutica basata sull'uso di strumenti psicologici e su un insieme di esperienze personali da parte dell'educatore di strada.

L'autore divide in due grandi macro aree il lavoro degli operatori di strada: la presa in carico e il lavoro terapeutico; ponendo l'attenzione sui processi di comunicazione umana, essendo essa stessa un fenomeno molto complesso che si svolge a molti livelli. Quindi per l'autore il prendere atto di tale complessità, distinguendo attentamente tali livelli, è la premessa indispensabile di ogni relazione di aiuto. Di conseguenza il problema della presa in carico da parte dell'operatore di strada deve basarsi su un'analisi attenta delle situazioni con cui egli si confronta nella sua attività di tutti i giorni.

Sempre Cancrini (1995) per dare un'impronta maggiormente pragmatica prende in esame la condizione tipo di un tossicodipendente. Partendo dal presupposto che la dipendenza dalla droga corrisponda ad un bisogno dichiarato di aiuto, sommata all'impossibilità di ottenerlo in altro modo, tale situazione genera un sistema chiuso, poiché la domanda di cambiamento del soggetto viene esaudita di volta in volta dalle risposte dello spacciatore, oppure, ma più raramente, del medico.

Il quadro però cambia nel momento in cui l'osservatore verifica la ripetitività del comportamento comunicativo con cui il tossicomane espone implicitamente ad altri la soluzione, parlandone come di una tragedia che condiziona la sua vita e quella delle persone alle quali è legato: nel momento cioè in cui l'osservazione si allarga ai cicli ripetitivi del suo comportamento, di persona che tenta (illudendosi) di smettere e non ci riesce, alla complessità e alla reciprocità dei bisogni che li sottendono.

Sta nascosta proprio all'interno di questo insieme di comportamenti la comunicazione, spesso del tutto inconsapevole, relativa al bisogno di essere aiutati; è tuttavia una comunicazione nascosta e negata poiché la semplice rilevazione del fatto che essa stessa esista determinerebbe una reazione difensiva e il rifiuto nei confronti di chi la fa, bloccando la via più semplice per la costruzione di una relazione d'aiuto e obbligando a cercarne un'altra assai più complessa, basata sulla dimostrazione di un rispetto profondo per la crisi del tossicodipendente e sulla costruzione di un rapporto che nega un'ipotesi di cambiamento.

Già Bateson (1974) in *Verso un Ecologia della Mente* ricordava che il primo dei "dodici passi" degli Alcolisti Anonimi si basa sul riconoscimento del fatto che l'alcolista è impotente di fronte all'alcol e che la bottiglia è di conseguenza più forte di lui.

Quindi l'utilità dell'operatore di fronte ad un tossicomane diventa reale solo nel momento in cui l'operatore riconosce, dentro di sé e con il tossicomane, che lo spacciatore è più forte di lui nella misura in cui può offrire al suo cliente il sollievo immediato dalla sofferenza di cui egli ha bisogno.

Il che può significare, in pratica, avvicinarsi al tossicodipendente che non vuole smettere

sulla base di un discorso che insiste sull'interesse per la salute e la vita di una persona (il principio della Riduzione del Danno) che ha fatto le sue scelte in modo diverso da quello che altri potrebbero auspicare o accettare, ma che le ha basate comunque sull'esperienza unica e irripetibile di una vita che è la sua.

Un'azione simile dovrebbe essere fatta evitando di suscitare reazioni difensive, che come già accennato bloccano lo sviluppo di una relazione d'aiuto, aprendo spazi per la percezione, da parte del tossicodipendente, di bisogni diversi da quelli prepotentemente sottolineati dalla sofferenza del suo corpo e della sua mente. Utilizzando in pratica, per tornare al linguaggio delle psicoterapia, una comunicazione che tiene conto della complessità del messaggio inviato dal tossicodipendente basata sul rispetto delle ragioni profonde di un paziente capace di chiedere e di negare difensivamente la sua richiesta (Cancrini, 1995).

Le procedure che devono essere messe in campo dagli operatori di strada non sono assimilabili a nessun altro tipo di intervento sociale, poiché l'utenza è profondamente diversa da quella che si rivolge spontaneamente ai servizi semplicemente perché nega, sul piano verbale, un bisogno di aiuto sottolineato da comportamenti disturbanti o dannosi per se stessa e per gli altri. Tuttavia è opportuno sottolineare che la strada da seguire per una presa in carico corretta del caso non differisce da quella seguita, in altre situazioni, da chi si occupa di psicoterapia. La costruzione di un'alleanza capace di creare le premesse del cambiamento passa inevitabilmente attraverso una strategia dell'ascolto. L'osservazione di Freud (cit. Cancrini, 1995) per cui le ragioni di un comportamento incomprensibile vanno cercate

sempre all'interno delle vicende personali di chi lo mette in atto trova una conferma importante nel lavoro portato avanti con l'utenza dell'educativa di strada, che nega e inibisce insieme il suo bisogno di aiuto.

A livelli più profondi e interni nel tempo questo tipo di comportamento corrisponde spesso all'ambivalenza vissuta dai soggetti nei confronti delle persone o dei gruppi che imponevano regole in anni decisivi della loro vita.

I comportamenti devianti degli adolescenti e dei giovani adulti non sono contemplati come comportamenti sintomatici, poiché sono vissuti e presentati come necessari ed utili alle persone che li manifestano: poiché corrispondono ad equilibri profondi delle loro personalità, ma anche, e in modo più ravvicinato, a esperienze vissute con altri rappresentanti delle istituzioni.

Quindi, interventi centrati sul tentativo di eliminare comportamenti devianti senza contropartite plausibili creano solamente le condizioni per un irrigidimento progressivo della condotta, sviluppando una diffidenza profonda nei confronti di tutti coloro che tentano di intervenire.

Situazioni simili si pongono nei contesti di psicoterapia: quando la domanda di aiuto viene proposta da coloro che pretendono di star bene, ad esempio i genitori, nei confronti di qualcuno di cui si dice che stia male, il figlio designato come "capro espiatorio" per esempio (Cancrini, 1995).

La possibilità di rispondere in modo tecnicamente corretto a questo tipo di difficoltà è largamente confermata dalla pratica di lavoro degli operatori di strada; che è basata sull'accettazione del punto di vista dell'utente, essa corrisponde alla costruzione di un rapporto personale significativo che ignora, o nega apertamente, la dimensione propria

della relazione di aiuto. "Non sto con te perché voglio che tu cambi", dice l'operatore all'utente che nega la sua richiesta d'aiuto, "sto con te perché mi interessa che tu non muoia (nel caso dei tossicodipendenti) o che tu non riceva un danno eccessivo (nel caso degli adolescenti a forte rischio deviante) dal tuo comportamento abituale e, come tu affermi, necessario e libero".

"Sto accanto a te, sostanzialmente, perché sono curioso e interessato a un dialogo con te, a uno scambio di impressioni e di esperienze. Senza la pretesa di spiegarti ciò che è giusto e ciò che non lo è". Sviluppando un discorso, o un tentativo di discorso, che accetta insieme la ricetta silenziosa e la negazione aperta, le ragioni di chi sta male e le ragioni di chi rifiuta le istituzioni che di lui dovrebbero occuparsi. Inviando di fatto una comunicazione speculare a quella dell'utente, "controparadossale" nel senso proposto dalla Selvini Palazzoli (1975).

Il lavoro dell'educatore di strada deve essere quindi sviluppato, dopo la presa in carico, su linee coerenti con questo tipo di posizione. Basare il proprio intervento sul rispetto delle premesse proprie dell'utente significa mettere in piedi una situazione caratterizzata dall'accettazione di quelle che sono le sue scelte successive, che può condurre, in pratica, verso diversi tipi di situazione.

Anche se l'accettare scelte di vita rinunciarie o palesemente devianti che non condurranno l'utenza verso una svolta positiva del percorso di vita è per l'operatore di strada estremamente difficoltoso oltre che enormemente frustrante.

Spesso, e fortunatamente, l'esperienza lavorativa dell'educatore è tuttavia differente e l'intervento sociale si tramuta in un avvio dell'utente al servizio ritenuto più adatto. Sul piano psicologico, l'operazione è basata

sullo sviluppo di una coscienza della necessità e della possibilità di essere aiutato. Sul piano pratico, il problema non è tanto quello di dare informazioni corrette, quanto quello assai più delicato di fare da tramite con gli operatori del servizio (Cancrini, 1995).

Spaventato dalla routine impersonale delle strutture sociali e sanitarie, l'utente va accompagnato fisicamente, spesso, nel luogo dove è possibile curarlo, e fisicamente va aiutato a formulare la sua domanda: calibrando l'intervento sulla necessità di tener conto delle difficoltà provocate, nell'operatore del servizio, dal contatto con un utente diverso da quello con cui lui è andato a lavorare.

Sempre Cancrini (1995) sostiene che una conoscenza e un uso ragionato delle dinamiche familiari, da parte di un operatore di strada, sono assolutamente indispensabili in una parte notevole dei casi lavorativi che capitano all'operatore stesso. L'utente che non riconosce il suo bisogno d'aiuto è una persona che sta sviluppando una polemica più o meno forte, più o meno riconosciuta e aperta, con le persone a cui è stato legato. Sta nella rottura vera o presunta dei suoi legami affettivi la ragione più immediata del suo perdersi nelle strade. Quindi l'utente che non è in grado di chiedere aiuto da solo è anche abitualmente una persona che ha l'idea di non poter contare su nessuno e di cui nessuno, in effetti, sembra occuparsi. La ricerca delle persone che possono essere attivate intorno a lui chiede tempo e pazienza. Le energie liberate in questo processo possono tuttavia essere sufficienti a conseguire lo scopo che ci si era proposti. Lo scopo principe negli interventi di strada sembrerebbe essere quindi il cambiamento nel sistema che condiziona le scelte della persona, sistema la cui complessità è resa

evidente dalle motivazioni profonde e non consapevoli e dal vario legame che esse intrattengono con la storia e la vita attuale della persona. Come si verifica appunto in psicoterapia: la disciplina che di questi problemi più specificatamente si occupa.

Conseguenza più immediata di questa impostazione del discorso riguarda gli aspetti organizzativi del lavoro portato avanti dall'operatore di strada. Delicato e difficile, l'impegno di chi deve costruire e preparare relazioni terapeutiche con persone che non sono in grado di avvicinare o di utilizzare i servizi non può essere affidato soltanto alla buona volontà del singolo o dal suo bisogno di rendersi utile; dovrebbe invece chiedere la disponibilità di specifiche competenze e la possibilità di fare riferimento costante ad un gruppo di supervisione.

Il presupposto fondamentale nel lavoro dell'operatore di strada è la capacità di pensare in modo sistemico interrogandosi sulle motivazioni degli altri e sulle proprie modalità di reagire, sul piano delle emozioni e degli agiti, nel vivo delle situazioni con cui ci si confronta: capacità che possono essere individuate prima attraverso iniziative di formazione agili, ben collegate alla pratica del lavoro, realizzate e sviluppate poi attraverso l'abitudine a riferire in modo dettagliato sulle proprie esperienze di lavoro in gruppi (i gruppi di supervisione) che aiutino a riconoscere e a utilizzare l'insieme di tali vissuti. Da un punto di vista pratico tutto ciò dovrebbe comportare:

1. Una selezione degli operatori chiamati ad "andare sulla strada" basata sulla valutazione attenta delle loro caratteristiche di personalità e della qualità delle loro motivazioni; evitando con lo stesso scrupolo l'ingresso nel gruppo di persone che hanno il bisogno di sentirsi

dei salvatori e di persone che non sono mosse, nella loro scelta, da un desiderio sano e forte di occuparsi di chi sta male.

2. La predisposizione e messa in opera di un progetto formativo centrato sull'analisi della domanda e sulla conoscenza dei principali dinamismi, personali e interpersonali, che sono più frequentemente in gioco nella pratica di lavoro dell'operatore di strada.
3. La costruzione e la gestione di un gruppo, guidata da un supervisore esterno, capace di funzionare come contenitore di emozioni sperimentate dal singolo e come punto di riferimento delle sue scelte operative; evitando, nei limiti del possibile, lo sviluppo di situazioni in cui, con l'aiuto più o meno consapevole dell'utente, l'operatore si senta responsabile di quello che gli accade (o non gli accade).
4. L'abitudine, costruita all'interno del gruppo descritto nel punto precedente, a una presentazione a turno, necessariamente allargata a tutti, delle proprie esperienze di lavoro; con assunzione chiara, da parte di chi lo conduce, delle responsabilità che competono ad un supervisore.

Ovviamente all'interno di un progetto di educativa di strada non deve essere sottovalutato il rischio di burnout, problematica tanto insidiosa quanto costante per qualunque operatore dei servizi che abbia a che fare con utenti fortemente demotivati.

Correleremo ora, secondo una logica pragmatica, i principi sistemici con l'azione che caratterizza il lavoro di strada.

Essendo l'ambiente urbano un contesto molto strutturato ed il target proprio dell'educativa di strada si muove, agisce ed è

parte integrante del contesto stesso, l'operatore è tenuto a conoscere e ad interfacciarsi con le agenzie educative, con le figure istituzionali e con chiunque abbia un ruolo attivo e degno di nota all'interno dello spazio di riferimento.

Di conseguenza, gli educatori di strada all'inizio di ogni progetto dovrebbero svolgere un'accurata mappatura dell'ambiente di lavoro, andando ad osservare e conoscere tutte le dinamiche che caratterizzano una determinata zona di intervento. Tale rete ovviamente non dovrà solamente essere classificata ma costantemente coltivata e di tanto in tanto interpellata, sempre con la dovuta discrezione e tatto. Fondamentale è l'apporto delle agenzie educative sul territorio, tra le quali possiamo annoverare gli oratori, i centri di aggregazione giovanile e gli spazi sociali, sia riconosciuti che non dalle autorità.

Le autorità stesse sono pedine fondamentali per l'acquisizione di nozioni relative al contesto, saranno quindi necessari tavoli periodici di confronto sia con gli amministratori locali (spesso i committenti stessi dei progetti di educativa di strada) sia con le forze dell'ordine; al fine di tenere viva e attiva la rete di relazioni.

Sempre più spesso, nel lavoro di strada, si dimostra fondamentale l'apporto delle agenzie educative informali; con tale nome si può indicare, ad esempio, chi lavora negli esercizi commerciali della zona come baristi o edicolanti; oppure le persone molto conosciute all'interno della comunità di riferimento. Simili personalità vivono il quartiere quotidianamente oltre ad essere, a volte, vere e proprie memorie storiche della zona. Alleanze di tale natura possono fornire all'operatore di strada punti di vista esterni alle dinamiche, quindi *super partes*.

Le connessioni appena citate riescono ad essere tali grazie ad un'interconnessione basata sull'approccio comunicativo degli operatori. Sganciandoci dal tema basato sul contesto analizzeremo ora l'applicazione pragmatica dei principi di comunicazione, poiché, essendo costantemente sotto l'occhio vigile dell'utenza e della rete di operatori della quale fanno parte, è necessario che gli educatori adottino una strategia comunicativa su più fronti.

In primis è fondamentale conoscere gli stili di interazione dell'utenza; ciò contempla sia la conoscenza di eventuali gerghi o parlate sia degli stili di abbigliamento che degli atteggiamenti dei ragazzi. Nel caso in cui gli operatori si interfaccino con un'utenza tossicodipendente è basilare conoscerne lo slang relativo alle sostanze, per avere le più alte possibilità di riuscita nella comunicazione verbale. Per quanto riguarda le subculture giovanili è indispensabile avere una minima infarinatura del "dress code" tipico di ogni sottogruppo, in modo da poterne correlare gusti ed abitudini.

L'abbigliamento degli educatori stessi non è tuttavia da sottovalutare, facendo parte integrante del contesto l'operatore è tenuto ad amalgamarsi, ma non a mimetizzarsi, perlomeno a non rendersi troppo visibile. Un educatore di strada che cerca di agganciare un gruppo di adolescenti avrà sicuramente una maggiore probabilità di riuscita se si presenterà indossando un abbigliamento casual piuttosto che uno troppo formale. Ovviamente l'operatore non dovrà eccedere neanche nel senso opposto, cercando di abbigliarsi come l'utenza, specialmente se formata da giovani, potrebbe ottenere un risultato poco credibile, inficiando la possibile relazione.

Riallacciandoci al contesto di apprendimen-

to batesoniano, ovvero il contesto in cui un certo comportamento o fenomeno si è sviluppato (Bateson, 1972), dobbiamo partire dal presupposto che per rendere comprensibile una condotta è sostanziale esaminarla nella situazione concreta in cui ha luogo; l'educatore dovrebbe essere di conseguenza tenuto a comprendere anche i comportamenti comunicativi devianti.

Esempio ne è l'arte del graffitismo: nato con intento decorativo degli spazi urbani, il writing con il passare del tempo è stato sempre più osteggiato dalle normative locali, fino a diventare sinonimo di degrado urbano.

Tale deriva illegale tuttavia non ha fatto altro che far accrescere gli estimatori del graffitismo; i progetti di educativa di strada, seguendo il trend, hanno così attivato dei laboratori di writing con lo scopo di riqualificare le aree urbane attraverso un percorso di riappropriazione degli spazi da parte dei ragazzi; abbellendo i tratti meno curati delle periferie attraverso un processo di legalizzazione di un'arte considerata nel pensiero comune come fuorilegge.

Riagganciandoci al pensiero di Bateson possiamo passare ora alla visione sistemica della "struttura che connette": il target tipico di un progetto di educativa di strada, di conseguenza, può essere classificato secondo le connessioni di primo, secondo e terzo ordine. Prendendo in esame, come esempio, un gruppo di adolescenti, le relazioni interpersonali tra due amici, quindi il loro legame amicale può essere considerato una connessione di I ordine. I rapporti con gli altri membri di uno stesso gruppo di pari destrutturato possono essere considerati una connessione di II ordine essendo la compagnia di ragazzi accomunata da gusti, storie e comportamenti simili. Il contesto del quale i ragazzi appena

descritti fanno parte è il loro metacontesto, quindi può essere identificato come una connessione di III ordine.

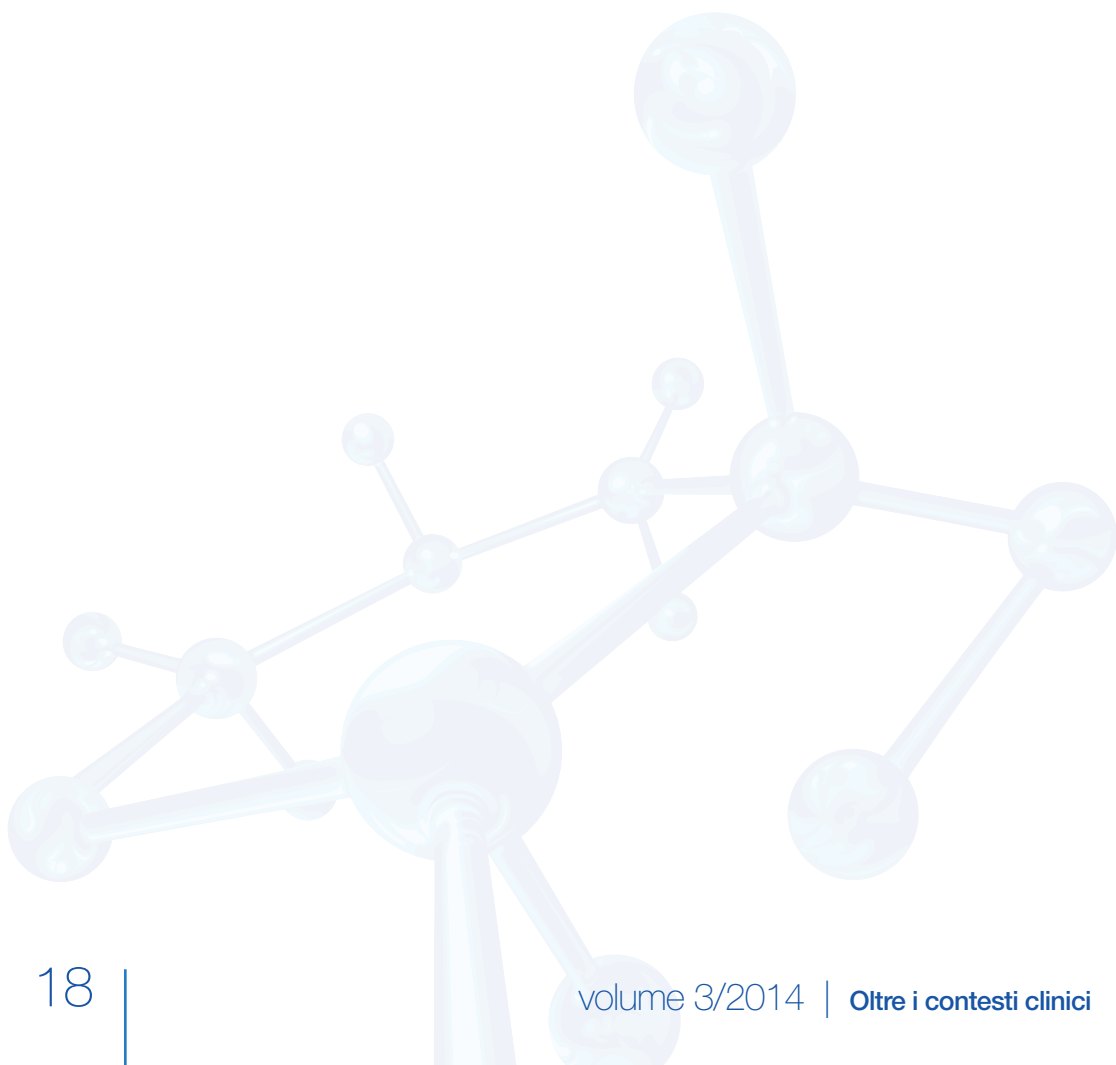
Per concludere prenderemo in esame il concetto di relazione; avendo l'educatore di strada a che fare quotidianamente con contesti e comportamenti devianti lo stesso deve saper discernere, attingendo ad un proprio bagaglio personale, ed essere in possesso di una concezione elastica di "devianza", in relazione al contesto. Nella pratica, quindi, ci dovrà essere una differenza di approccio ad un agito deviante, come ad esempio marinare la scuola. Per quanto sintomo di allarme per una possibile condotta disadattiva di un ragazzo, se il contesto in cui avviene contempla un alto tasso di abbandono scolastico, in relazione alla realtà non dovrà essere considerato al-

tamente deviante.

Come appena citato, spesso nei contesti periferici delle grandi città gli operatori devono interfacciarsi ed essere loro malgrado testimoni di comportamenti illegali, tali agiti sono talmente radicati in contesti di emarginazione da essere parte della cultura e delle abitudini della popolazione. Si può in tal modo agganciarsi al concetto di relazione batesoniano, partendo dal presupposto che gli agiti devianti appena descritti non sono altro che frutto di relazioni tra i membri disadattivi della comunità. Quindi è proprio a livello culturale che l'educatore di strada deve intervenire, cercando di inserirsi nelle dinamiche con progetti di empowerment, sia personali che comunitari, finalizzati a scardinare le relazioni devianti.

Bibliografia

- Bateson, G. (1979). *Mente e natura*. Milano: Adelphi
- Bateson, G. (1972). *Verso un'ecologia della mente*. Milano: Adelphi
- Campanini, A. (2002). *L'intervento sistemico, un modello operativo per il servizio sociale*. Roma: Carocci Faber.
- Progetto Formazione Capodarco (A cura di) (1995). *L'operatore di strada*. Roma: Carocci.
- Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., Prata, G. (1975). *Paradosso e Controparadosso*. Milano: Raffaello Cortina Editore
- Squassabia, D. (2001). *Lavoro di strada, tecniche di intervento tra animazione e prevenzione*. Milano: Franco Angeli
- Telfener, U. (2011). *Apprendere i contesti, strategie per inserirsi in nuovi ambiti di lavoro*. Milano: Raffaello Cortina Editore
- Watzlawick, P., Beavin, J.H., Jackson, D. (1967). *Pragmatica della comunicazione umana*. Roma: Astrolabio



Dsa. Dall'ottica lineare a quella sistemica: il mio ruolo da mediatrice didattica

di Romina Ceroni (allieva II anno)

Sommario

In questo articolo propongo la possibilità di vedere con lenti nuove i ragazzi DSA ed il contesto in cui vivono e sviluppano le loro conoscenze. DSA non significa essere malati. I Disturbi Specifici dell'Apprendimento sono difficoltà che riguardano l'apprendimento in una specifica area scolastica che possono essere bypassate con le giuste strategie. E' spesso il contesto, scolastico, familiare o amicale, che accentua queste difficoltà, restituendo ai ragazzi una visione di sé inadeguata. Molti adulti, colpevolizzano, trascurano e non incoraggiano; è più facile alzare la voce e dire "Non ti stai impegnando abbastanza!", piuttosto che sedersi di fianco al proprio figlio o alunno e aiutarlo nelle difficoltà. In questa sede, cerco quindi di focalizzare l'attenzione sul mio ruolo da mediatrice didattica sistemica, ruolo che svolgo in una scuola media del territorio e che, a mio avviso, risulta di notevole importanza: mi impegno a favorire l'apprendimento e l'elaborazione attiva del sapere, in un'ottica inclusiva, utilizzando i coetanei e gli insegnanti come risorsa.

Parole chiave

Stigma, Pregiudizio, Resilienza, Consapevolezza, Risorsa, Didattica Inclusiva, Mediatori Didattici, Alleanza Scuola-Famiglia.

Abstract

In this article I propose the possibility to see DSA's boys and the context in which they develop knowledge with new lenses. DSA does not mean being sick. Specific Learning Disorders are problems that affect learning in a specific school's area that can be bypassed with right strategies. It's the context that accentuates these difficulties, giving students a vision of being inadequate. Indeed, the people, sometimes, blaming, neglect and do not encourage them; it's easier to raise the voice and say "You're not working hard enough!", rather than sit next to the child or your students and help them in their difficulties. In this article I focus my attention on the role of the systemic mediator that, in my experience, is very important. I work, privately and within the school, with DSA boys. I pledge to promote learning and active processing of knowledge, with a view inclusive, using peers and the teachers as a resource for DSA and the class.

Key words

Stigma, Prejudice, Resilience, Awareness, Resource, Inclusive Work, Systemic Mediator, Family-School Alliance.

PREMESSA

“Se non imparo nel modo in cui tu insegni, insegnami nel modo in cui io imparo...”

Il mio interesse verso l'apprendimento credo sia nato proprio tra i banchi di scuola. Siamo nel '94, terza elementare, ricordo la mia maestra, Elena, rigida, severa ma attenta. Riusciva a far sentire ogni bambino un po' speciale e creava, ogni giorno, una "didattica personalizzata". Però ci chiedeva sempre un po' di più di quello che le davamo, di migliorare sempre, credo che lavorasse proprio, come direbbe Vygotskij, nella "zona di sviluppo prossimale" (ZSP). Le mie pagelle riportavano sempre questa frase: *"Bambina sveglia, intelligente, educata e volenterosa ma potrebbe dare di più"*. Mi metteva sempre accanto a quei bambini riluttanti alla relazione: ricordo Laura, non aveva proprio voglia di studiare e la scuola non le interessava affatto. Forse oggi la chiameremmo "alunna con bassa motivazione all'apprendimento"; con tanta pazienza e tanti pomeriggi insieme a fare i compiti, alla fine della terza le tabelline le aveva imparate! E poi Marcello, alto, magrissimo, intelligente, disordinato, gli cadeva sempre tutto dal banco, non era mai attento, in continuo movimento se non addirittura in piedi a spasso per la classe. Forse oggi verrebbe definito un DDAI. Alle 16.00 tornavo a casa di corsa perché mi aspettava la mamma con la merenda. Poi subito i compiti; non erano contemplati né televisione né giardino fino a quando non avessi finito tutto, anche di studiare. Intanto arrivava papà, impiegato di banca e appassionato di moto. Entrava e chiedeva come fosse andata la giornata, uno sguardo veloce ma non distratto ai quaderni e poi non servivano né regali né premi, il suo sguardo e la sua approvazio-

ne valevano per me molto di più. E' proprio vero: l'apprendimento nasce tra i banchi di scuola; la scintilla dell'apprendimento brilla nel momento in cui un bambino ha la fortuna di incontrare, sulla sua strada, degli adulti amorevoli che lo prendono per mano e lo accompagnano nella grande avventura della conoscenza.

IL MIO RUOLO DA MEDIATRICE DIDATTICA SISTEMICA

“Mediare è tutto ciò che favorisce l'apprendimento e l'elaborazione attiva del sapere”

Lavoro da due anni con bambini e ragazzi DSA (Disturbi Specifici dell'Apprendimento) e BES (Bisogni Educativi Speciali), sia privatamente che all'interno del contesto scolastico come mediatrice didattica sistemica. Nella classificazione internazionale ICD-10 dell'organizzazione mondiale della sanità la diagnosi di DSA si indica con la sigla F81 e indica coloro che non riescono ad avere una completa autosufficienza nell'apprendimento. Per la diagnosi di DSA sono necessari: funzionamento intellettivo nella norma (Q.I. compreso tra 80 e 110), almeno 2 prove diagnostiche con valori sotto le 2 deviazioni standard (-2d.s.), funzionamento scolastico deficitario. La legge 8 ottobre 2010, n.° 170 riconosce la dislessia, la disgrafia, la disortografia e la discalculia quali disturbi specifici di apprendimento.

L'espressione "Bisogni Educativi Speciali" (BES) è entrata nel vasto uso in Italia dopo l'emanazione della Direttiva ministeriale del 27 Dicembre 2012 "Strumenti di intervento per alunni con bisogni educativi speciali e organizzazione territoriale per l'inclusione scolastica". L'utilizzo dell'acronimo BES sta ad indicare alunni per i quali il principio

della personalizzazione dell'insegnamento, sancito dalla Legge 53/2003, va applicato con particolari accentuazioni in quanto a peculiarità, intensività e durata delle modificazioni.

Secondo la mia esperienza, condizioni essenziali ad ogni apprendimento sono sia la rete di relazioni che si costruiscono sia l'organizzazione delle attività, degli spazi e dei materiali. In presenza di un alunno con DSA l'attenzione deve essere massima su entrambi gli aspetti per evitare di trasformare in sofferenza il percorso scolastico: dare fiducia, valorizzare le abilità proprie di ciascuno, predisporre al meglio spazi e strumenti sono azioni che dovrebbero comunemente far parte del ruolo dell'insegnante, in presenza di DSA esse rivestono un ruolo davvero fondamentale. E' importante stimolare i bambini e ragazzi DSA all'attenzione. L'attenzione dipende dalla motivazione degli stimoli proposti, dalla capacità di svolgere il compito richiesto, dall'ambiente tranquillo e confortevole; inoltre il compito non deve essere troppo al di sopra delle competenze della persona ed è importante che essa ricorra a brevi pause: brevi pause per sgranchirsi i muscoli servono a meglio equilibrare i ritmi biologici.

Il percorso verso l'autonomia, nello svolgimento delle attività scolastiche, deve essere l'obiettivo primario di genitori ed insegnanti. Autonomia che per un alunno con DSA è spesso raggiungibile a costi elevati in termini di vissuto emotivo. Consapevolezza e collaborazione tra famiglia e scuola sono i pilastri che consentono di sostenere emotivamente e praticamente il percorso scolastico, ma essenziale è anche il clima che si crea all'interno della classe, con i compagni di scuola. È compito degli insegnanti, e nel mio caso del mediatore didattico sistemico,

favorire e promuovere una classe cooperativa ed inclusiva dedicando del tempo alla costruzione di relazioni significative e non giudicanti, alla valorizzazione dei diversi stili di apprendimento e della diversità in generale.

Incontrare "l'Altro" è sempre stata un'esperienza naturale, universale e fondamentale per l'uomo; come farlo in modo costruttivo il più delle volte è opera difficile. Si è spesso prigionieri dell'incapacità di ascoltare, di ascoltarsi e di essere ascoltati e questo conduce ogni individuo a dinamiche di chiusura e di isolamento che contribuiscono inevitabilmente a snaturare l'indole estremamente comunicativa che appartiene ad ogni essere umano. Ogni comunicazione comporta un aspetto di contenuto ed uno di relazione. L'aspetto relazionale fondamentale per comprendere il contenuto del messaggio è legato al ruolo assunto dagli interlocutori. La relazione è un rapporto duraturo che si instaura tra i soggetti. Il rapporto non è determinato solo dai ruoli, ma anche dai bisogni soddisfatti dal rapporto stesso: bisogni di affiliazione, di protezione, di accettazione.

La stragrande maggioranza delle tensioni, delle incomprensioni, dei disagi ed ovviamente dei conflitti riscontrabili nelle relazioni interpersonali nasce sostanzialmente da fastidiose dinamiche di "non ascolto". E allora quale atteggiamento assumere? Quali strumenti possono essere efficaci per abbattere muri e costruire ponti? Sicuramente è necessario uno sforzo di reciproco attivo adattamento. E' necessario trasformare la mediazione in relazione costruttiva, in incentivazione e sviluppo delle diverse soggettività. Ciò comporta che gli individui divengano capaci di trasformare in parola il non detto mai emerso per scarsa consapevolezza di

sé o tenuto nascosto a volte per vergogna. Grazie al ruolo di mediatrice mi inserisco nello spazio esistente tra allievo e apprendimento per facilitare la comprensione e la partecipazione dell'alunno alle attività didattiche. Svolgo la mia attività secondo una prospettiva inclusiva, all'interno della classe, utilizzando i compagni e gli insegnanti come risorsa. La mia figura risulta importante per tutti, alunni e insegnanti, non solo per i ragazzi DSA. L'obiettivo principale è sicuramente quello di rendere la didattica realmente inclusiva, attraverso l'aiuto dei compagni di classe che si sentono anch'essi "attori attivi" in questo processo di aiuto. Ricorrere all'aiuto del mediatore didattico serve a non soccombere emotivamente e fisicamente di fronte alle difficoltà, a non esasperarle e a gestirle nel modo più vantaggioso, a trasformarle in occasione di crescita personale. Il mediatore diviene un supporto per la classe per costruire un equilibrio. Dice un vecchio adagio: *"la virtù sta nel mezzo"*, non nella mediocrità, ma nella saggia, dinamica mediazione tra tutti gli estremi della vita. Essere unilaterali è più facile, basta lasciarsi andare, basta marciare a senso unico. Il mio compito è quello del traghettatore, della guida, di colui che consegna una mappa di orientamento senza decidere la destinazione; consegna strumenti utili per sviluppare la capacità di raggiungere, più o meno in autonomia, gli obiettivi didattici prestabiliti e di tessere una buona rete di relazioni. E' un intervento non solo sul singolo ma anche sul contesto. Io credo non basti spiegare i concetti che risultano meno chiari di una determinata materia; se si vuole svolgere nel modo idoneo questo mandato si devono anche investire energie nel destare l'interesse dell'alunno verso l'apprendimento e dell'insegnante

verso le diversità dei propri alunni. Solo così, a mio avviso, l'incontro tra DSA e contesto didattico diventa produttivo. Quello del mediatore è un ruolo molto difficile; esso rappresenta un facilitatore della comunicazione che non cerca di annullare le differenze, né di negarle ma invita a considerare anche i punti di vista dell'altro per comprenderli. Il mediatore deve evitare rigorosamente di offrire interpretazioni o, peggio, giudizi, su intenzioni, bisogni e problemi degli studenti di cui si prende cura, altrimenti il rischio è quello di fuorviare il percorso naturale di elaborazione e di farli sentire non ascoltati e quindi capiti. Contribuisco così, oltre ad aiutare gli insegnanti e i genitori, anche a facilitare la comprensione e la memorizzazione e/o il recupero delle informazioni. Mi impegno a favorire un apprendimento "attivo". Utilizzo l'ottica del "fare" cioè di effettuare direttamente le esperienze, basandomi sul principio che "se faccio capisco, se capisco imparo". L'apprendimento diretto si qualifica come la forma di apprendimento privilegiata, ad alto coefficiente di motivazione e di risultato.

Mi confronto spesso con insegnanti e genitori: molti sono i pregiudizi e gli stereotipi che influenzano la percezione delle cose: questi generano spesso atteggiamenti di chiusura, o apparente apertura, e paura che i propri spazi vengano minacciati. Credo, quindi, risulti fondamentale offrire alle persone, ragazzi – genitori e insegnanti, molteplicità di "lenti". Nella società di oggi, definita da Bauman "liquida e moderna", si tende ad osservare le situazioni dal proprio punto di vista, senza mettersi nei panni degli altri. Così facendo si rischia di criticare e danneggiare le persone e quindi le relazioni. La possibilità di far fronte a un evento o ad una situazione critica e destabilizzante tra-

sformandola in risorsa e motore di un percorso di ristrutturazione personale, e in seguito sociale, è un atteggiamento che può permettere alle persone di riorganizzare positivamente la loro vita. Questo è uno degli obiettivi della mia attività lavorativa. Questa capacità di affrontare le situazioni di crisi è definita resilienza ovvero far fronte, resistere, rispondere e costruire.

LA STORIA DI GIORGIO

“L’incertezza è l’habitat naturale della vita umana”
(Zygmunt Bauman)

Un esempio che spiega al meglio questo sostare nell’incertezza è rappresentato dalla storia di Giorgio, un ragazzo che ho seguito personalmente. Eccola in breve.

“Giorgio era un bambino intelligente, sensibile e vivace. L’incontro con la scuola elementare non è stato dei più felici: a Giorgio fare i compiti non piaceva proprio! Pian piano è diventato un bambino sempre più nervoso e insoddisfatto. Alle scuole medie sono emerse le prime difficoltà, imputate inizialmente alla poca preparazione ricevuta dalla scuola elementare, in seguito allo scarso impegno; spesso i genitori lo sgridavano dicendogli che doveva impegnarsi di più! La situazione, però, non sembrava migliorare. I genitori, allora, presero appuntamento con i professori della scuola media con i quali decisero di richiedere una valutazione psicologica. La struttura a loro consigliata come la più accreditata di tutta la regione, si rivelò, purtroppo, una grande delusione. Lo specialista vide Giorgio per mezz’ora e rilasciò alla famiglia un “non meglio identificato documento” che escludeva

il disturbo DSA. Tutti erano perplessi, ma il dottore si era espresso e nessuno pensava di contraddirlo. La collaborazione scuola-famiglia fu ineccepibile. I genitori affiancarono a Giorgio un’insegnante privata e dopo alcuni mesi, decisero di richiedere una seconda valutazione, in quanto nessuno riconosceva Giorgio in quel documento! Giorgio venne osservato sotto molti aspetti: venne aiutato a superare le insicurezze causate da tanti anni di insoddisfazione e fu messo di fronte alla sua vera diagnosi, che gli diede la possibilità di avvalersi degli strumenti compensativi e dispensativi previsti per legge”.

Credo sia interessante ascoltare la voce di un ragazzo DSA, capire cosa frulli nella sua testa, prima e dopo aver scoperto la propria diagnosi. Ecco di seguito l’intervista a Giorgio.

R. – Chi eri tu, Giorgio, prima della diagnosi?

G. – Prima della diagnosi ero un ragazzino stanco. Tutti mi dicevano di impegnarmi di più! Io mi sentivo inadeguato e soprattutto non capito. Dicevo ai miei e ai prof che non riuscivo ma nessuno mi dava retta.

R. – Poi è arrivata la diagnosi di discalculia, come ti sei sentito?

G. – Subito avevo capito di avere i calcoli (come è capitato a mio nonno); poi mi sono fatto spiegare il significato del termine, ma ero comunque confuso. Pian piano ho capito che non era una malattia, ma che semplicemente avevo un problema nella matematica (io lo dicevo da tempo ma nessuno mi ha mai preso in considerazione!)

R. – Tu quindi ti eri accorto che la tua difficoltà in matematica andava oltre al poco impegno e/o alla pigrizia....

G. – Quando stavo ore a studiare paragrafi interi di matematica, le tabelline o a fare problemi di geometria e non ci capivo niente, tutti dicevano che non mi impegnavo abbastanza! Non mi sento stupido. Le cose le capisco, se magari non subito, però dopo un'accurata spiegazione le capisco. Perciò per forza c'era qualcosa che non andava!

R. – Con l'arrivo della diagnosi hai avuto una conferma di ciò che già sapevi...

G. – Se devo essere sincero mi sono sentito bene! Ho tirato un sospiro di sollievo. Finalmente è stata trovata una soluzione al mio enigma.

R. – Ora, a distanza di due anni dalla diagnosi, come ti senti?

G. – Mi sento un ragazzo fortunato: tutti mi hanno aiutato molto a comprendere e convivere con questa difficoltà. I miei genitori, gli insegnanti e tu stessa. Che poi, parliamoci chiaro, questa mia difficoltà riguarda solo l'ambito scolastico (con sollievo). Sono fortunato anche perché sento di aver preso questa notizia nel modo corretto; molti miei compagni DSA si sentono malati. Io ho giù un peso; se non riesco è per un motivo specifico e non perché sono stupido. Io non mi sento stupido!

R. – Quindi tu sai che alcuni tuoi compagni non hanno preso nel modo adeguato la loro diagnosi? Cosa dicono?

G. – Ho avuto nel corso delle scuole medie 5 compagni DSA in classe; a Tai Box altrettanti amici DSA. Molti di loro vivono male questa cosa, si sentono diversi, non all'altezza degli altri. Spesso si comportano male apposta per attirare l'attenzione o perché dicono "tanto sono DSA cosa ho da perdere?". E' triste, molto triste.

R. – Tu cosa fai quando ti dicono così?

G. – Purtroppo mi sento impotente con loro. Io ho la forza della mia famiglia alle spalle, molti di loro non hanno nessuno.

DSA: FALSE CREDENZE, PUNTI DI FORZA E DIFFICOLTÀ EMOTIVE

"Crescere è forse l'unica certezza che possediamo.

Non essere soli a farlo è un sogno di tutti..."

Le difficoltà legate ai DSA si manifestano, di norma, all'inizio della scuola primaria e per questo l'insegnante risulta un importante sensore per riconoscere le problematiche nelle prestazioni del bambino. In molte scuole sono presenti attività di individuazione precoce dei bambini "a rischio". Si tratta di prove di lettura e di scrittura (Screening e Prove MT) che permettono agli insegnanti o di organizzare una didattica più idonea alle esigenze di apprendimento del bambino o, se necessario, di indirizzare la famiglia agli specialisti per altri accertamenti diagnostici. Attorno all'argomento DSA esistono oggi delle false credenze.

Ora ne cito alcune che ho potuto raccogliere grazie alla mia esperienza.

"I bambini DSA: sono malati e se utilizzano un computer, una sintesi vocale e una calcolatrice, guariscono; non sono intelligenti; non impareranno mai una lingua straniera; se eseguono correttamente una verifica devono avere un voto più basso dei compagni per giustizia in quanto era più breve o più semplice; sono avvantaggiati perché utilizzano strumenti che semplificano il loro percorso di studi".

"Essere DSA è un effetto dello scarso impegno a scuola o dello scadimento della didattica".

Questi pregiudizi influenzano la percezione che le persone con disturbi specifici di apprendimento hanno di loro stesse generando una rappresentazione negativa della propria condizione, e al contempo possono influenzare la qualità della rappresentazione sociale.

I DSA incontrano le maggiori difficoltà nel mondo della scuola poiché il momento più grave del disturbo coincide proprio con il periodo scolastico dove predominano le richieste sul piano della letto-scrittura. Eppure questi bambini sono ricchi di punti di forza che spesso non riescono a emergere perché soffocati dalle urgenze didattiche cui dover far fronte per non rimanere indietro con il programma e con i ritmi di apprendimento dei compagni. Lavorando con loro, mi sono resa conto di quanto siano bambini intelligenti, con una grande capacità di memorizzare per immagini, di fare collegamenti non convenzionali e di produrre facilmente nuove idee. I docenti dovrebbero valorizzare queste caratteristiche, in una logica di personalizzazione e individualizzazione didattica, anche all'interno delle consuete attività curriculari concentrate principalmente sulle abilità nella letto-scrittura e nel calcolo. Spesso questi ragazzi, incontrano nel loro cammino scolastico situazioni di disagio emotivo e psicologico. Ma cosa s'intende per emozione in psicologia? L'emozione è un'intensa reazione affettiva, di breve durata, che si manifesta all'improvviso ed è determinata da uno stimolo ambientale.

Le persone quando sono preda di intense emozioni possono perdere il controllo; tuttavia le emozioni svolgono un ruolo molto importante nel processo di adattamento dell'individuo all'ambiente (come ci insegnò Charles Darwin).

“Gli animali cercando di soddisfare i pro-

pri bisogni provano emozioni piacevoli e spiacevoli. Queste emozioni costituiscono la parte più primitiva della coscienza. Nell'uomo il legame tra la propria attività e le emozioni provate diviene consapevole e ciò rende l'uomo capace di svolgere azioni complesse tramite il pensiero e il linguaggio” (Vester, 1987 pp. 15-19).

Proprio per questa consapevolezza, in molti bambini DSA emerge un sé scolastico negativo e considerano, nella maggioranza dei casi, i successi frutto di fortunate coincidenze esterne al proprio livello di competenze. L'insuccesso scolastico prolungato viene spesso giustificato da una propria incapacità e questo provoca scarsa autostima, mancanza di fiducia nelle proprie possibilità e scarsa percezione di auto-efficacia, intesa da Bandura come *«l'insieme delle convinzioni individuali relative alla propria capacità di organizzare ed eseguire le azioni richieste per produrre un determinato risultato»*.

PERSONALIZZAZIONE E INDIVIDUALIZZAZIONE: IL DISEGNO DI ELDER

*“È inutile che l'asino vada a scuola,
egli è un asino, non sarà mai un cavallo”*
(Bruegel)

La frase fu incisa su un disegno di Bruegel del 1557 che raffigura una classe del XVI secolo; essa rappresenta chiaramente il modo di pensare dell'epoca in riferimento a condizioni umane considerate a quel tempo come immutabili. Noi oggi, invece, crediamo fermamente nella modificabilità delle condizioni umane. E' stata dimostrata la validità di un intervento integrato sugli individui, sui contesti e sulle relazioni. Il pedagogista Ovide Decroly (1873-1940) in

“Una scuola per la vita attraverso la vita” sottolinea l’importanza di un’azione educativa che si adegui ai bisogni e alle caratteristiche degli allievi; i due presupposti del suo pensiero, che ho condiviso concretamente nel mio lavoro all’interno delle scuole, sono i seguenti: 1. Non partire da un programma astratto di contenuti didattici; 2. Scandire il lavoro scolastico sulle caratteristiche degli allievi. L’obiettivo di insegnanti e mediatori deve essere quello di far conseguire a tutti gli allievi le conoscenze e le competenze culturali di base di ogni grado scolastico, come ha esplicitato lo psicologo dell’educazione statunitense Benjamin Samuel Bloom (1913-1999).

Il contesto scolastico è luogo in cui la personalità si costruisce e si sviluppa, grazie e con l’altro, rendendo possibile l’apertura della scuola alla famiglia e al territorio in un’ottica di sistema formativo integrato. Come ci suggerisce il Costruttivismo Radicale *“Gli oggetti e gli eventi che viviamo non sono in realtà esperienze primarie, fatti oggettivi, ma costruite dalle relazioni. Il mondo così come lo percepiamo è una nostra invenzione”*.

Le condizioni umane personali non sono più considerate come imm modificabili nei contesti scolastici: è importante che ogni ragazzo adotti le strategie più idonee al raggiungimento degli obiettivi didattici e si effettui un lavoro sul contesto, non solo sul singolo individuo.

Come mediatore ho il compito di modificare gli obiettivi in base alla situazione di funzionamento di ognuno e quindi in funzione delle capacità e alle motivazioni personali. Punto ad un approccio integrato, poiché questo mi permette di perseguire le logiche del diritto all’uguaglianza e quelle del diritto alla diversità. Credo che il compito della

scuola dovrebbe essere quello insegnare alcune cose a tutti, utilizzando ogni mezzo a disposizione (individualizzazione) e insieme consentire/stimolare la possibilità per ogni studente di condurre percorsi personali di apprendimento (personalizzazione).

IL LAVORO DI RETE

“Se si giudica un pesce dalla sua abilità di arrampicarsi sugli alberi lui passerà tutta la vita a credersi stupido”
(Albert Einstein)

Il buon esito del percorso di aiuto richiede il coinvolgimento e la collaborazione delle persone che fanno parte dei contesti di vita e di relazione del bambino. In questi anni di lavoro ho capito che è importante sostenere e aiutare sempre il bambino DSA, in quanto egli necessita di tempi più lunghi nello studio e nelle attività scolastiche e di strumenti adeguati per compensare le carenze funzionali; ma ho capito che è fondamentale aiutare e sostenere insegnanti e genitori, che spesso si sentono inadeguati. Il ragazzo non deve essere forzato a ricercare una produzione corretta a tutti i costi e non va colpevolizzato di fronte a ripetuti insuccessi. Sensi di colpa e delusioni possono contribuire ad allontanare il bambino dall’interesse per lo studio e dalla voglia di imparare. E’ necessario quindi gratificare l’impegno per gli sforzi e i successi raggiunti per non demotivarlo e deluderlo.

Capita molto spesso che i bambini con diagnosi di DSA che utilizzano gli strumenti compensativi si sentano in difetto rispetto ai propri compagni. La differenza dei compiti in classe, la semplificazione delle interrogazioni, il mandarli, talvolta, fuori dall’aula con un tutor, non aiuta sicuramente l’integrazione tra alunni DSA e non. Sono spesso gli

insegnanti a sbagliare in questo, marcando sempre più le differenze e creando una scissione tra loro e il resto della classe. Non è di scissione che questi bambini necessitano; hanno bisogno di integrità, sostegno, unione e soprattutto consapevolezza. La scuola deve mirare al raggiungimento dell'indipendenza e alla formazione dell'individualità del bambino, al suo sviluppo e alla sua integrità. Molti DSA non si sentono in diritto di utilizzare gli strumenti compensativi suggeriti loro; a molti sembra di "barare", prendono questa opportunità come un modo per "fare i furbi". La realtà noi sappiamo essere ben lontana da tutto ciò. Come ci insegna la sociologia relazionale (Donati, 1991) e il metodo di rete (Folgheraiter, 1998), è compito della scuola e della famiglia collaborare, mettendo in atto strategie comuni, arrivando a far capire ai ragazzi che è loro diritto utilizzare strumenti che li aiutino a stare al passo con il resto della classe, di cui loro sono parte integrante e molto spesso ne rappresentano il valore aggiunto. Ogni bambino, DSA e non, va osservato con uno sguardo profondo, che va oltre l'apparenza e l'etichetta che gli è stata data. Ogni bambino ha bisogno di sentirsi "unico al mondo": solo lo sguardo attento di un insegnante preparato e di un familiare premuroso è in grado di percepire la singolarità e affrontare la situazione nel modo ritenuto migliore per ciascun ragazzo.

Molti bambini con i quali ho avuto il piacere di lavorare, sia privatamente che all'interno del contesto scolastico, vivono in maniera inefficace la loro diagnosi di DSA, come confermato anche da Giorgio nell'intervista. E', per molti, uno stigma che, se non affrontato nel modo corretto, rischia di modificare i loro comportamenti, le loro relazioni e, soprattutto, il loro stato d'animo. Il modo in

cui i bambini percepiscono e vivono la loro diagnosi, è indicatore molto importante di come viene vissuta e gestita la situazione all'interno del nucleo familiare. E' per questo motivo che la famiglia ricopre un ruolo essenziale. Alcuni genitori vivono con angoscia la diagnosi dei propri figli; la vedono come un ostacolo insuperabile, come un handicap. Molti si vergognano, mettono la testa sotto la sabbia, facendo involontariamente, il male del proprio bambino. In alcune famiglie capita che un genitore colpevolizzi l'altro per le difficoltà del figlio; i genitori si sentono, così, in difetto, inadeguati e responsabili.

CONCLUSIONI

*Quale struttura connette il granchio con
l'aragosta,
l'orchidea con la primula e tutti e quattro
con me?
E me con voi?
E tutti e sei noi con l'ameba da una parte
e con lo schizofrenico dall'altra?"*
(G.Bateson)

Con questo lavoro ho cercato di comprendere il contesto all'interno del quale prende forma una storia, un'esperienza relazionale, quella tra bambini/ragazzi DSA e la scuola (nella concezione più ampia del termine). Ho operato connessioni scegliendo parti di un tutto inintelligibile, e spesso in modo inconsapevole. Tra individuo e ambiente vi è una relazione ricorsiva che implica riflessivamente ridefinizioni di significati di contesto. Nostra responsabilità etica è sviluppare sensibilità al contesto, capacità di osservazione, attenzione saggia.

Dice Bateson: "*Senza l'identificazione del contesto non si può capire nulla*" (Bateson, 1976 p. 146); e ancora: "*il contesto*

è la matrice dei significati”... “i contesti non sono altro che categorie della mente” (Idem p. 146).

Mi piace parlare di contesto rimandando più a un'idea di metodo che a un oggetto che esiste al di fuori di noi, osservabile e misurabile. Lo spazio relazionale tra me, i ragazzi DSA e gli insegnanti ha dato origine al contesto “Scuola”. Il contesto di apprendimento attraverso cui organizziamo la nostra identità, il sé, è rappresentato da questo intreccio ricorsivo tra modelli di relazione e costrutti contestuali di tipo simbolico. Quando Bateson parla del sistema “individuo-nel-suo-ambiente”, si riferisce ad un contesto, dove individuo e ambiente sono il contesto e allo stesso tempo la relazione tra organismi in costante posizione riflessiva. Essere sensibili a questa relazione significa comprendere il contesto in cui si è inseriti e quindi lavorare in maniera adeguata al raggiungimento degli obiettivi prefissati.

Ho voluto, in questa sede, esprimere un cambio di rotta: dall'ottica lineare che vede il bambino/ragazzo DSA come portatore di un problema, all'ottica sistemica che vede invece il contesto (scolastico

e familiare) come oggetto della mia attenzione, al quale, spesso, occorre dare lenti nuove per migliorare il modo di osservarsi e relazionarsi (come affermava Von Foester nella “Cibernetica di secondo ordine”). Il mio intervento, di tipo sistemico, focalizza l'attenzione sui ragazzi DSA quanto sul gruppo classe, sugli insegnanti e sui genitori.

Ho scelto inoltre di condividere la storia di Giorgio e della sua famiglia perché credo sia portatrice di un messaggio positivo. La famiglia di Giorgio ha raggiunto un livello di consapevolezza, equilibrio e benessere, una “armonia tra le parti”, che ha permesso a Giorgio di vivere il suo percorso verso l'accettazione e la consapevolezza del suo essere DSA, in maniera adeguata. Sono molto orgogliosa di aver incrociato il cammino con questa famiglia; è stato molto arricchente il percorso fatto, sotto molti punti di vista. Non tutti i bambini hanno la fortuna di avere al loro fianco persone in grado di incoraggiarli e gratificarli nelle difficoltà. La famiglia e la scuola sono determinanti in questo percorso ed il lavoro di rete risulta funzionale e valorizzante.

Bibliografia

- Bandura, A. (2002) *Il senso di autoefficacia*. Trento: Erickson.
- Bateson, G. (1976) *Mente e natura: un'unità necessaria*. Milano: Adelphi.
- Bauman, Z. (2005) *Vita liquida*. Roma-Bari: Editori Laterza.
- Decroly, O. (1940) *La scuola nella vita*. Trento: Erickson.
- Donati, P. (1991) *La famiglia come relazione sociale*. Milano: Franco Angeli.
- Folgheraiter, F. (2011) *Fondamenti di metodologia relazionale*. Trento: Erickson.
- Guerra, L. (2002) *Tecniche e tecnologie per la mediazione didattica*. Edizioni Junior.
- Gunter, M. (2008) *Colloquio con i bambini*. Roma: Astrolabio.
- Stella, G. (2013) *Didattica individualizzata e didattica personalizzata*, in "Didattica e Tecnologie".
- Stella, G., Grandi, C. (2011) *Come leggere la Dislessia e i DSA*. Firenze: Giunti Scuola.
- Telfener, U. (2011) *Apprendere i contesti*. Torino: Raffaello Cortina Editore.
- Vester, F. (1987) *Il pensiero, l'apprendimento e la memoria*. Firenze: Giunti Barbera.
- Von Foester, H. (1987) *Sistemi che osservano*. Roma: Astrolabio Ubaldini.





La famiglia del malato neoplastico: congiura del silenzio tra miti e segreti familiari

di Tiziana Brancati (allieva I anno)

Sommario

Il presente elaborato nasce dall'esperienza dell'autrice in tirocinio presso un reparto di oncologia. Attraverso una lettura della malattia oncologica come evento stressante familiare si è voluto evidenziare come, all'interno di una cornice epistemologica sistemica, comportamenti quali l'instaurarsi di alleanze e la scelta di strategie comunicative centrate sul mantenimento del segreto sulla malattia neoplastica, siano espressione di una mitologia familiare rigida.

Più in generale, è stato esplorato come la concezione familiare di malattia e morte influenzino in modo significativo le modalità organizzative del nucleo familiare, le transizioni messe in atto ed il livello comunicativo, in relazione all'avanzamento della malattia stessa.

A partire da ciò, il presente lavoro si propone quale possibile spunto di riflessione sull'importanza di esplorare miti, emozioni e relazioni all'interno di percorsi familiari per famiglie di malati oncologici per meglio comprendere come questi influenzino e orientino le scelte e i comportamenti sia del paziente che degli stessi familiari.

Parole chiave

Cancro, famiglia, mito, segreto, congiura del silenzio, psicooncologia.

Abstract

The present paper reports experience of the author while training in an oncology department. Within an epistemological systemic framework, and by considering the oncology disease as a stressing familiar event, this report intends to highlight how much to build up alliances and to choose communication strategies centred on keeping the disease secret is the expression of a rigid familiar mythology. At more general level, it has been investigated how the family's notions of disease and death can significantly influence both their organization, transition modes, and the communicative levels while the disease progresses. The present study posits the need for exploring family myths, emotions and relations to better understand how these can influence both the patient's and the family members' choices and adopted behaviours.

Key words

Cancer, family, myth, secret, conspiracy of silence, psycho-oncology.

“Tutte le famiglie felici si assomigliano fra loro, ogni famiglia infelice è infelice a suo modo.”
(Lev Tolstoj, 1887).

LA FAMIGLIA: SISTEMA E CICLO VITALE

La famiglia è il contesto naturale all'interno del quale si modellano l'identità e lo sviluppo della persona, costituendo, così, la prima rete relazionale ed anche la prima dimensione soggettiva dell'individuo. Nell'ottica sistemico relazionale, la famiglia, in qualsiasi forma e tipologia, è un micro-sistema sociale in evoluzione, costituita da un gruppo di individui che stabiliscono tra loro relazioni personali molto intime e le cui identità si influenzano reciprocamente nel tempo, attraverso il modello e la qualità delle relazioni. La famiglia, dunque, non è una realtà statica, non è la somma dei suoi componenti, ma un sistema vivente aperto, in cui ogni membro è in stretta connessione con gli altri componenti e il cambiamento di uno di essi porta al cambiamento di tutti coloro che costituiscono il sistema stesso. Malagoli Togliatti (1991) afferma che *“le relazioni che legano i membri di una famiglia assumono un carattere organizzativo dando unità ad un insieme di diversità (i singoli componenti) in un contesto (la famiglia) dove è garantita la continuità e l'identità di ognuno pur in un processo di cambiamento (crea storia) e in una trama di vincoli (ha una storia)”* (pp. 112-113).

Ogni sistema familiare ha un suo ciclo vitale composto di più fasi, ognuna con compiti evolutivi specifici, ed il passaggio da una fase all'altra richiede un processo di continua ristrutturazione dei rapporti tra i membri della famiglia.

Ogni famiglia, dunque, ha un suo equilibrio

ed una sua stabilità che, di fronte ad eventi evolutivi previsti (normativi) o ad eventi traumatici non previsti (paranormativi), è mantenuto nella maggioranza dei casi, a costo di cambiamenti e riorganizzazioni. A tal proposito, Minuchin (1976) descrive periodi di equilibrio e di adattamento, caratterizzati dalla padronanza e capacità di risposta appropriate rispetto alle sollecitazioni dell'evento in sé, e periodi di squilibrio di fronte ai quali bisogna adoperarsi per sviluppare funzioni e capacità adeguate sia a livello psicologico sia strutturale.

I cambiamenti delle condizioni interne ed esterne, in base alle quali una famiglia costruisce e ricostruisce i propri equilibri possono essere costituite da esperienze prevedibili oppure inattese e possono talora configurarsi come eventi critici, cioè eventi di fronte ai quali le abituali e consolidate modalità di funzionamento familiare risultano inadeguate e richiedono l'attivazione di processi di adattamento. L'evento critico attiva, dunque, una transizione, un momento durante il quale gli equilibri si modificano e tutti i componenti si attivano per far fronte alla situazione (Di Leo, 2005).

L'entità dell'evento critico non dipende solo dalle caratteristiche dell'evento stesso ma in particolar modo dalle modalità individuali di interpretazione e quindi dal significato attribuitogli. Nello specifico, influiranno le caratteristiche del soggetto, il contesto socio-culturale in cui si è verificato l'evento, l'insieme di valori e di credenze propri dell'individuo, la presenza di supporto sociale.

L'INTERGENERAZIONALE TRA MITI E SEGRETI FAMILIARI

Ferreira (1966) formula il concetto di mito familiare inteso come un sistema di creden-

ze ben integrate e condivise da tutti i membri della famiglia, che si ripetono a diversi livelli generazionali, e dalle quali dipendono l'organizzazione dei ruoli, la natura e il significato delle relazioni intersoggettive. Il mito ha, quindi, degli aspetti di "naturalità", che permettono ad ogni membro del sistema e ad ogni componente generazionale di riconoscersi e individuarsi all'interno di un sistema riconosciuto e regolato, percependo in tal modo un feedback di senso di appartenenza.

Il sistema familiare per il gioco di interdipendenza e influenze reciproche che lo costituisce, sviluppa un insieme di credenze condivise. Attraverso la comunicazione, infatti, i membri della famiglia non si trasmettono solo informazioni o messaggi, ma negoziano dei significati da attribuire ad eventi e comportamenti, costruiscono identità individuali e collettive, definiscono ruoli e relazioni e sviluppano un modo specifico di organizzare la realtà.

La mitologia familiare, che rispecchia e sintetizza questa visione prescrittiva di ruoli e comportamenti, ha la funzione di ridurre al minimo i cambiamenti derivati dall'interazione con l'ambiente esterno, garantendo il mantenimento degli equilibri raggiunti, a scapito dell'acquisizione di nuovi modelli relazionali in seguito a eventi quali malattie, separazioni, lutti.

Esso protegge, così, la famiglia dalle minacce di cambiamento provenienti dal rapporto con l'ambiente esterno, con il rischio di risultare disfunzionale in quanto ostacola l'evoluzione dello stesso gruppo familiare (Ferreira, 1966).

I miti, tuttavia, non svolgono soltanto funzioni omeostatiche all'interno di una famiglia, ma possono promuovere modificazioni nelle strutture, nei processi e nelle regole,

ovvero svolgere funzioni morfogenetiche.

In particolare, la disfunzionalità del mito è legata alla sua rigidità. I rischi insiti in certi miti familiari, infatti, possono consistere in forme di autoinganno in cui la credenza espressa è diversa da ciò che accade; oppure, se il mito diviene un sistema di credenze chiuso, incapace di integrare nuove informazioni, l'interazione familiare può diventare rigida e la famiglia non è più in grado di adattarsi ai cambiamenti di contesto (Byng-Hall, 1995a); il mito può essere, inoltre, talmente rigido da non poter rappresentare più una risorsa per la persona, ma un vincolo derivante dalla mancanza di differenziazione relativa al senso di identità dei membri della famiglia e agli atteggiamenti di ruolo.

A questo proposito, i miti sembrano essere particolarmente rigidi nelle famiglie che evitano sistematicamente ogni conflitto, mentre appaiono più flessibili in quelle famiglie che sono capaci di

gestire costruttivamente i conflitti che si sviluppano al loro interno (Scabini, 1991).

Quando un trauma si verifica in una famiglia con mitologia rigida e l'evento contrasta con il mito, la capacità di elaborare i cambiamenti viene compromessa.

Nel lavoro terapeutico con le famiglie, è possibile effettuare degli interventi volti a consentire la rielaborazione dei propri miti, determinando, così, un cambiamento nelle regole disfunzionali e dei modelli interattivi inadeguati (Anderson, Bagarozzi, 1983).

Alcuni sistemi familiari, di fronte ad eventi traumatici gravi, reagiscono innescando un processo rigido di "segretazione", costituente il nucleo di un sistema di memoria traumatica, trasmesso fra le generazioni, che può irrompere, in alcune circostanze relazionali che alludono al trauma, nella vita psichica dei membri familiari ed altera il sen-

so d'identità familiare (Tata, 2006).

Nicolò Corigliano (1996) chiama "atto del secretare" l'instaurarsi ed il perpetrarsi di un funzionamento segreto che mira a nascondere e proteggere ciò che non deve essere conosciuto.

Una lettura morfostatica del segreto implica il riconoscerne le funzioni protettive rispetto alle minacce insite nel processo di svelamento. In termini morfostatici, dunque, il mantenimento del segreto mantiene la stabilità del sistema ed è influenzato, a sua volta, dalla capacità che ha la famiglia di far fronte alla crisi.

Il segreto, in questo senso, non solo si innesta sul mito familiare, ma contribuisce a crearlo e preservarlo e, in quanto connesso al mito, ricopre un ruolo rilevante rispetto al processo di costruzione delle identità degli individui, svolgendo funzioni protettive e difensive.

Il segreto, dunque, protegge il mito familiare e il senso d'identità della famiglia che verrebbero altrimenti minati, sia in termini di disapprovazione sociale che di appartenenza (Giancaterini, Di Gregorio Zitella, Celli, 2011).

I segreti a contenuto traumatico sono costruzioni che si sviluppano ed assumono caratteristiche patogeniche in alcuni sistemi familiari disfunzionali con scarsa coesione e identità fragile, e i cui effetti agiscono sia sul funzionamento che sul clima familiare caratterizzato da silenzi, alterazioni comunicative, omissioni e agiti apparentemente inspiegabili.

In genere, non è facile predire quale segreto può essere considerato meno gravoso nell'ambito di una data relazione, ma è possibile, invece, trovare una forte corrispondenza tra il grado di rilevanza attribuito al segreto e il danno da questo prodotto. In

altre parole, il danno subito dagli individui e dalla loro relazione appare proporzionale non tanto all'importanza oggettiva del segreto, quanto alla rilevanza soggettivamente attribuita ad esso.

Nascondere un evento non significa cancellarlo: al contrario, contribuisce a creare una percezione alterata e con esiti patologici sia della comunicazione familiare che del processo di identificazione degli individui. *"Divenire consapevole del segreto significa, per ognuno, inserire gli eventi che esso copre in una dimensione di realtà e quindi assimilarli alla propria esperienza"* (Montàgano, Pazzagli, 2002, p. 87).

Esiste la possibilità, per quanto gravi siano gli eventi traumatici, che le tematiche relative vengano elaborate e che il sistema ne accetti le conseguenze riuscendo a coniugare la comprensibile riservatezza con la possibilità di "parlare" all'interno e al di fuori della famiglia del problema, riuscendo eventualmente a chiedere aiuto (Tata, 2010).

È per questo che decidere di svelare significa "sfidare i cambiamenti". Come afferma Bateson: *«La comunicazione di alcune informazioni è indesiderabile, non perché faccia paura, ma perché in qualche modo altererebbe la natura delle idee»* (Bateson, 1989, p. 127).

L'INCONTRO CON LA MALATTIA GRAVE

Nel pensiero sistemico le malattie dell'uomo vengono descritte considerando il contesto dell'ambiente psicosociale entro cui si sviluppa la vita del soggetto, in equilibrio fra fattori patogeni e fattori protettivi. In quest'ottica, all'interno della famiglia intesa come sistema biopsicosociale, i comportamenti individuali e le relazioni interpersonali si influenzano in modo reciproco secondo

una logica di feedback. Anche i valori, le credenze, i comportamenti, gli stili di pensiero, gli affetti dei membri della famiglia sono connessi fra loro secondo una logica complessa di reciproche interazioni e le relazioni familiari si organizzano e si modificano nel tempo secondo una traiettoria diacronica evolutiva (Buralli, Amoroso, 2011).

Durante il suo ciclo vitale, la famiglia può trovarsi ad affrontare eventi traumatici non previsti, come la malattia oncologica, per sopravvivere ai quali la famiglia è obbligata a repentini cambiamenti in termini di riorganizzazione di ruoli e responsabilità.

In particolare, la concezione familiare della malattia e della morte influirà significativamente sulla modalità di organizzazione di quel particolare nucleo familiare, su quali transizioni metterà in atto e quali saranno la natura e il livello di comunicazione.

Di qui la definizione di cancro come “evento stressante familiare” o come “malattia familiare”, capace di portare profondi cambiamenti ed un continuo sforzo adattivo, inteso come processo di modificazione dei compiti e delle relative strategie in funzione dell’evoluzione della malattia stessa.

La famiglia, dunque, va considerata come un sistema colpito dal cancro i cui membri condividono una stessa esperienza che causa un *distress* reciproco ed interdipendente. Tale *distress* emotivo deriva dal percepire e vivere il cancro come minaccia di separazione e perdite; per cui può scatenare trasformazioni sia di tipo costruttivo che distruttivo all’interno delle relazioni familiari, che sono innescate attraverso l’attivazione di relazioni affettive e di assistenza che danno vita a nuove forme di comunicazione, reciprocità ed intimità.

E’ possibile notare come l’adattamento della famiglia moduli e affianchi quello del

paziente in un processo di influenzamento reciproco ed interdipendente; infatti, la famiglia fornisce al malato l’ambiente psicosociale all’interno del quale egli risponde alla malattia, e il paziente con le sue reazioni, influenza il livello di *distress* o adattabilità manifestati dai suoi familiari (Annunziata, 2002).

Poiché ogni famiglia scandisce, nel corso del suo ciclo vitale, credenze e modalità di risposta agli eventi, le sue reazioni nei confronti della malattia neoplastica saranno influenzate da precedenti eventi ad alto impatto emotivo o da precedenti esperienze di perdita, oltre che, da diversi fattori quali il momento in cui si verifica la malattia e la morte rispetto al ciclo vitale della famiglia, la natura della malattia, le fantasie e le aspettative che questa suscita, il ruolo che il paziente ricopre al suo interno, la storia familiare, la presenza di conflitti fra i membri, la capacità di tollerare i cambiamenti affettivi e di ruolo.

In particolar modo, la qualità delle relazioni familiari (probabilmente collegata a caratteristiche relazionali precedenti alla malattia) influenzerà le risposte dei singoli membri agli eventi critici, e più in generale, il grado di vulnerabilità o adattabilità della famiglia nell’affrontare l’esperienza del cancro. Ad esempio è stato riscontrato come ambienti familiari coesivi e poco conflittuali e con relazioni di attaccamento sicure, evidenzino un minor *distress* emotivo e migliori risposte di *coping* rispetto a famiglie, invece, distanti e con processi relazionali insicuri e quindi maggiormente esposte ad adattamenti psicologici inadeguati. In conclusione, quanto più i processi relazionali si adeguano alle minacce di separazione e di perdita, tanto maggiore sarà l’adattamento psicologico (Annunziata, 2002).

Nel caso in cui, invece, non esistono le qualità relazionali necessarie, o quando, la sofferenza supera le sue capacità adattive e, quindi, non vi è la possibilità di mettere in atto nessuna strategia di *coping*, esiste il rischio della dissoluzione e della disgregazione della famiglia stessa.

Le reazioni della famiglia di fronte la malattia neoplastica variano a seconda dello stadio del ciclo vitale in cui si trova il sistema al momento della comunicazione della diagnosi, nonché del significato multigenerazionale attribuito all'esperienza di malattia.

E' attraverso forti sentimenti di angoscia, di incredulità, di paura, di disorientamento e spesso anche reazioni di negazione e di estrema razionalizzazione, che il sistema familiare comincia lentamente a ridefinire i propri confini interni ed esterni, a riorganizzare ruoli, funzioni e competenze tra i vari sottosistemi, cercando di realizzare il migliore livello possibile di adattamento, per portare a termine il processo di ristrutturazione cognitiva, emozionale e relazionale richiesto dalla situazione di crisi in cui si trova. Spesso, però, il sistema familiare tende a restringere i confini con il mondo esterno, divenendo sempre meno permeabili agli stimoli e alle sollecitazioni, mentre quelli all'interno della famiglia diventano più labili e confusi.

Prevalgono inoltre stili relazionali fortemente invischiati, iperprotettivi, con tendenza all'evitamento del conflitto, mentre l'attenzione si focalizza sempre di più sui disturbi fisici del paziente, che in questo modo diventano il fulcro intorno al quale si sviluppa la danza familiare, fatta di alleanze, coalizioni intergenerazionali e strategie comunicative centrate sul mantenimento del segreto e dell'omeostasi all'interno del sistema (Cigoli, Mariotti, 2002).

Con il passare del tempo i membri della fa-

miglia, sotto il peso degli obblighi di lealtà reciprocamente contratti, assumono ruoli stereotipati che limitano notevolmente le loro possibilità di espressione, di affermazione e di individuazione. Il dolore del singolo diventa silenziosamente il dolore di tutti: c'è ma non se ne può parlare. Il tempo sembra crollare, perdere il proprio potere organizzativo, desincronizzandosi lentamente dai ritmi del mondo esterno.

La malattia neoplastica toglie e, al contempo, restituisce alla famiglia sia la possibilità di evolversi che di restare unita; l'una, però, esclude l'altra. Per individuarsi, infatti, è necessario prendere le distanze dal sistema di cui si è parte, in modo da poter affermare la propria personalità e realizzare il proprio progetto esistenziale; tale processo sarà ostacolato o reso più difficile dal progressivo espandersi della patologia, che colloca il paziente in una posizione di vulnerabilità e di dipendenza fisica oltre che psicologica dalla famiglia.

EMOZIONI E CONGIURA DEL SILENZIO

La comunicazione, in ambito oncologico, costituisce un processo complesso ed articolato, in cui la sequenza dell'informazione è modulata da variabili interagenti quali l'oggettività del dato da trasmettere per quanto concerne la condizione di malattia, la soggettività emotiva della persona malata, della sua famiglia e quella del medico.

Il comunicare, pone l'accento non solo sul dato da trasmettere ma anche e soprattutto sugli attori del processo in tutta la loro complessità esistenziale; essi letteralmente "mettono in comune", in quanto condividono e partecipano in modo reciproco sui significati specifici attribuiti all'esperienza che stanno vivendo (Caruso, Carucci, 2011).

Il passaggio dell'informazione, dunque, non

è unidirezionale ma è inserito all'interno di un contesto circolare, relazionale ed affettivo che lo modula e lo contiene.

Bowen (1979) sostiene come molta parte del comportamento relazionale umano sia guidato più dalle forze automatiche dell'istinto e dell'emozione piuttosto che dall'intelletto. In proposito, distingue il sistema relazionale in "aperto" e "chiuso". Si dice sistema relazionale "aperto" quello in cui un individuo è libero di comunicare una notevole percentuale di pensieri, sentimenti e fantasie interiori a un altro, il quale può a sua volta rispondergli allo stesso modo. Il sistema di comunicazione "chiuso" è un riflesso emotivo automatico che protegge il sé dall'ansia presente nell'altra persona.

Frequentemente, intorno alla persona affetta da un male incurabile, ruotano almeno tre sistemi chiusi. Il primo agisce all'interno del paziente; il malato in fase terminale raggiunge una certa consapevolezza della morte imminente ma tuttavia non ne parla con nessuno. Un altro sistema chiuso è la famiglia, che riceve le informazioni dal medico e alle quali aggiunge notizie raccolte da altre fonti e quindi amplifica, distorce e reinterpreta il tutto; vengono, quindi, accuratamente rivedute prima di comunicarle al paziente per evitargli reazioni ansiose. Il medico curante e il personale sanitario hanno un altro sistema chiuso di comunicazione, presumibilmente basato su dati medici e influenzato dalla reattività emotiva della famiglia, del paziente e dalle relazioni che si stabiliscono all'interno del personale stesso. I problemi insorgono quando il sistema chiuso della medicina si scontra con il sistema chiuso tra il paziente e la famiglia, e la minaccia della malattia mortale esaspera l'ansia (Bowen, 1979).

L'evento critico "malattia", dunque, costrin-

ge diversi sistemi ad incontrarsi; i soggetti coinvolti consistono, appunto, nel paziente, la sua famiglia e il sistema delle cure, che vengono, così, definiti "triangolo terapeutico", in quanto la loro reciproca influenza può favorire oppure ostacolare il processo terapeutico.

La famiglia svolge un ruolo importante ai fini dell'adattamento del paziente in quanto contribuisce a fornirne il giusto supporto emotivo. Tale supporto, implica anche la condivisione delle emozioni che non hanno alcuna possibilità di emergere se non si condividono le stesse informazioni, o se si instaurano finzioni e falsità comunicative (Annunziata, 2002).

Riconoscere i sentimenti, le ansie, le emozioni riguardo all'evolversi della malattia, sebbene costituisca il "dolore inevitabile", porta, infatti, alla conoscenza della verità che permette di affrontare tutti insieme la sofferenza.

Un nodo cruciale all'interno del contesto familiare è rappresentato, dunque, dal problema della comunicazione della verità che interessa il sistema e il paziente per tutto l'iter della malattia, e in modo particolare la fase della diagnosi e della prognosi.

La famiglia, infatti, nella convinzione che il proprio congiunto non possa tollerare una realtà troppo angosciata, chiede al medico di "dissimulare" la verità sulla malattia nella convinzione che il proprio congiunto non possa tollerare una realtà troppo angosciata (Bongiorno, Malizia, 2002). Questo comportamento, che spesso va in sinergia con i meccanismi di negazione del paziente, sfocia nella cosiddetta "congiura del silenzio", in cui tutti sanno (spesso anche il paziente), ma fanno finta di non sapere. Tutto ciò, fa sì che si realizzi una "connivenza" tra medico, paziente e familiare che non fa altro che

incrementare le angosce del paziente, al quale viene celata o mistificata la verità sulla malattia, almeno in termini verbali, mentre la comunicazione non verbale contraddice affermando ciò che il verbale nega.

Gli atteggiamenti verbali infatti allontanano l'idea della malattia che, così, non diviene mai oggetto di scambio relazionale, mentre le espressioni comportamentali testimoniano uno sconvolgimento profondo sia dell'assetto emotivo che cognitivo dei familiari (modifica delle priorità esistenziali, dei ritmi e delle prospettive di vita).

Si evidenzia, quindi, nel paziente una polarità tra la negazione offerta e sostenuta dalla famiglia e l'angoscia derivante dalla consapevolezza della patologia negata (Invernizzi, Bressi, Comazzi, 1992).

La tendenza comune di molti familiari a non parlare della malattia esprime l'atteggiamento di diniego, di negazione, tipicamente occidentali nei confronti della morte e mira teoricamente a evitare al paziente risposte depressive o, nei casi più estremi, tendenze suicidarie.

Il tema dominante, cioè della malattia grave e di una prossima separazione, viene estromesso dagli argomenti di discussione determinando un inevitabile impoverimento della comunicazione. Non si sa più cosa dire perché tutto quello che è essenziale viene taciuto, mentre quello che non è essenziale viene detto (Diodato, 2002).

In realtà, questo atteggiamento priva sia gli stessi familiari che il malato all'elaborazione di un'importante possibilità di cambiamento sia intrapsichico che relazionale (necessario al raggiungimento di un adattamento alla malattia), oltre che di una possibilità di condivisione e di reciproca consolazione. La negazione, infatti, attiva in modo persecutorio il fantasma della malattia, la cui

mancata conoscenza in termini concreti ne aumenta l'onnipotenza distruttiva e la conseguente angoscia (Invernizzi, Bressi, Comazzi, 1992).

Dunque, la congiura del silenzio, cui spesso aderisce collusivamente anche il malato, impedisce di creare uno spazio affettivo di riconoscimento, di consolazione reciproca e di condivisione per elaborare il dolore della separazione. In genere i sentimenti personali vengono inibiti e taciuti senza riconoscerne l'importanza, l'irrecuperabilità e le conseguenze future (Crozzoli Aite, 2003). Numerosi studi sostengono l'opportunità di una comunicazione più onesta e aperta con il malato, dal momento che essa influisce positivamente sul processo di adattamento alla malattia, favorendo un *coping* costruttivo, oltre a fornire al paziente la sensazione di accoglimento e considerazione dei propri bisogni e delle proprie angosce esistenziali, finalmente divenute esprimibili, e la possibilità di condivisione e di reciproca consolazione.

La malattia, in quanto esperienza critica, comporta, inoltre, una grande perdita di controllo. Quest'ultimo aspetto costituisce uno dei problemi più importanti e che maggiormente influenzano la comunicazione. Esso ha lo scopo di ridurre l'accesso ai sentimenti di dolore, impotenza e inadeguatezza e una sua riduzione, spesso, comporta l'emergere di sintomi depressivi e della paura della morte. Come per la negazione, qualsiasi tentativo di rompere il controllo può essere inutile o addirittura rischioso. Imparare ad accettare l'incertezza, invece, aiuta a non mentire; questo ci lascia un po' più indifesi ma ci rende più vicini al nostro interlocutore il quale non ci attribuirà un potere che non abbiamo e non ci investirà della sua aggressività (Cinotti, 2005).

CASO CLINICO

Paolo è un idraulico di 64 anni, marito di Cristina (59, casalinga) e padre di 3 figli (Giacomo 35, Lucia 33 e Marco 30). Da circa un anno gli è stato diagnosticato un cancro che in poco tempo gli fa perdere il lavoro e parte della sua autonomia personale. Diversi lutti per malattia costellano la sua storia familiare. Uno zio muore di cancro all'età di 47 anni, così come il fratello appena ventiduenne. Fortemente sentita è stata la morte del padre, malato di Alzheimer, con il quale aveva un legame molto forte e che ha visto spegnersi lentamente.

La sua è una famiglia unita e felice a suo modo per la quale Paolo è sempre stato un importante punto di riferimento nonché un anello di congiunzione tra gli altri membri della famiglia con i quali vi è un rapporto per lo più formale.

La moglie racconta come l'iniziale assenza di informazioni da parte dei medici abbia comportato uno stato di forte smarrimento e confusione all'interno della famiglia a cui si è aggiunto un atteggiamento di sfiducia e diffidenza verso gli stessi in quanto ritenuti responsabili di una diagnosi troppo tardiva. Inoltre, lo stato di sofferenza, paura e angoscia legato al repentino avanzamento della malattia, ha indebolito sempre più la qualità delle relazioni e della comunicazione fra i membri tanto da accentuarne la chiusura emotiva e lo stato di isolamento.

I figli sembrano aver trincerato le proprie emozioni dietro le occupazioni quotidiane senza riuscire a trovare le risorse sufficienti per fronteggiare la situazione. Si dicono, infatti, occupati con il loro lavoro e solo marginalmente sono coinvolti nella malattia del padre, delegandola, così, alle cure della madre e degli enti esterni.

La moglie, invece, provata fisicamente ed

emotivamente, esprime piangendo in silenzio tutto il dolore e l'exasperazione della situazione. La stessa, afferma di non riuscire a parlare con nessuno e di trovare persino fastidioso qualsiasi tentativo di consolazione. Anche il rapporto con alcuni familiari è particolarmente conflittuale. Inizialmente inasprito per le scelte non condivise sulle cure è poi diventato ostile di fronte alla decisione di ricovero in hospice.

L'impossibilità di condividere il dolore investe anche Paolo che, chiuso nel suo silenzio, tradisce le proprie emozioni e gli stati d'animo con un comportamento irritato, talvolta aggressivo e scontroso nei modi e nelle parole.

Sa di essere malato ma non sa che il cancro è giunto all'ultimo stadio. Rivolge domande dirette alla famiglia e al personale medico che però lo rassicurano che in hospice avrà tutte le cure necessarie.

Paolo spera continuamente di riprendersi ma negli ultimi giorni è depresso. "Ha capito tutto, da quando le sue gambe si sono paralizzate Paolo non parla più e piange", racconta la moglie. La stessa sostiene di sentire addosso lo sguardo fisso del marito, uno sguardo disperato che lei stessa non riesce a sostenere. Ha paura di dirgli la verità perché teme in un crollo che da sola non sarebbe in grado di gestire.

Complessivamente si denota un clima familiare di depressione e isolamento, le cui espressioni comportamentali testimoniano uno sconvolgimento profondo dell'assetto emotivo, cognitivo e relazionale fra i membri. L'impossibilità di condividere le proprie emozioni è connesso con un progressivo impoverimento della comunicazione che sembra impedire la reciproca consolazione e la possibilità di vivere il dolore e la sua successiva elaborazione verso una prossi-

ma separazione.

Inoltre, la scelta della famiglia di non parlare della malattia e di dissimulare la realtà, con la complicità dell'équipe medica, circa il raggiungimento dello stato terminale del cancro, potrebbe rappresentare un tentativo del sistema famiglia di proteggere il congiunto da una verità considerata troppo angosciosa o l'incapacità di riconoscere e affrontare la propria sofferenza.

Sarebbe, dunque, utile indagare la storia affettiva della famiglia e il suo sistema di significati rispetto all'idea di malattia, di morte, di abbandono, di sofferenza, per poter connettere i vissuti dei membri della famiglia facilitando la comunicazione reciproca intorno a questi temi rimasti tabù.

CONCLUSIONI

Poiché la famiglia costruisce significati a partire da rappresentazioni e stereotipi sociali, e dal sistema di credenze e di valori condivisi e dalle esperienze già vissute in generazioni precedenti e trasmesse attraverso le storie familiari, è importante sottolineare come la definizione di un evento costituisca un fattore importante per la determinazione delle modalità con cui la famiglia fa fronte all'evento stesso. I processi di definizione, infatti, stabiliscono l'ampiezza e l'intensità della crisi connessa ad un evento e, contemporaneamente, regolano le strategie adattive o di coping.

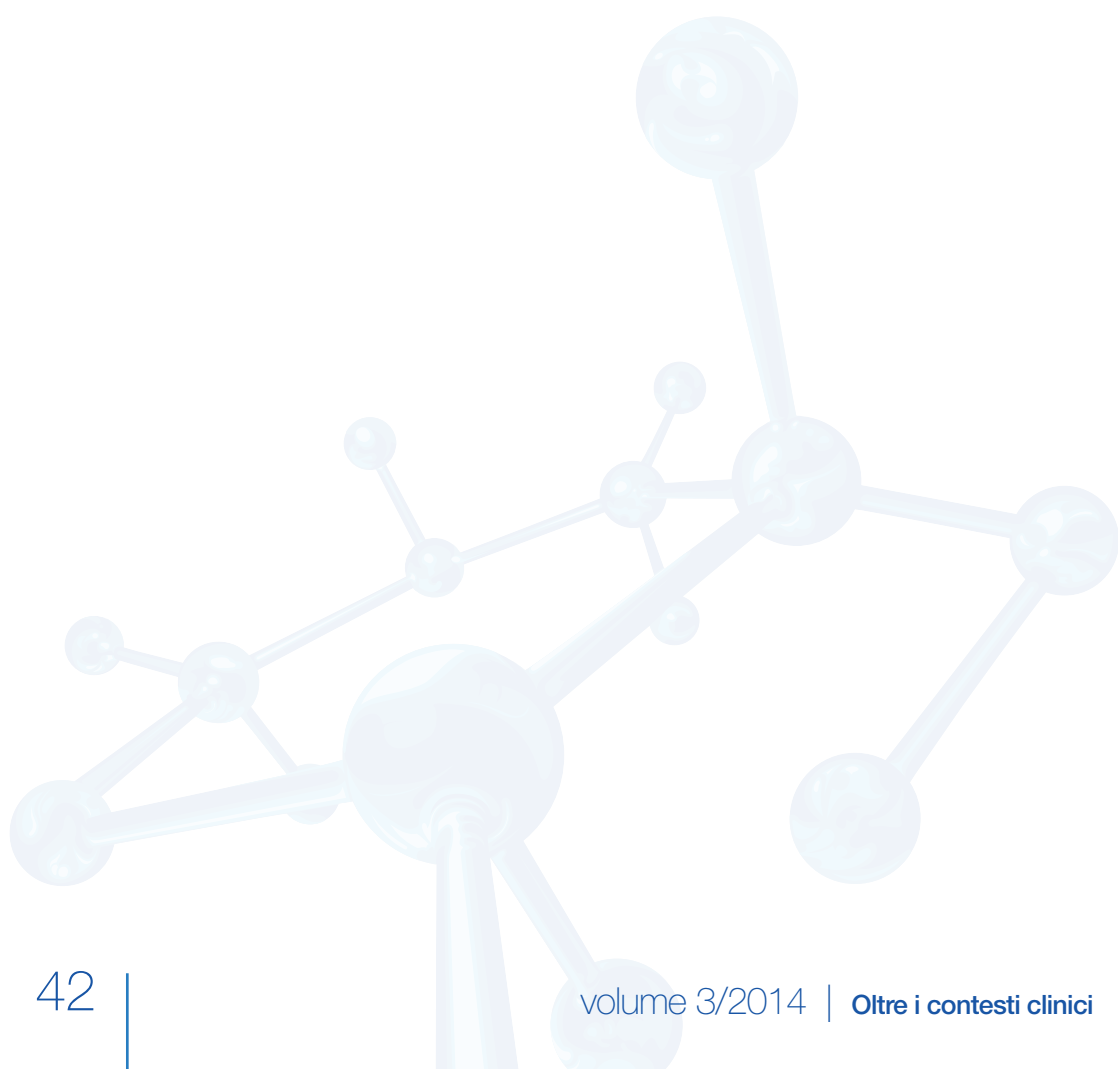
A partire da ciò, è possibile sostenere come la concezione della malattia e della morte andrà ad influenzare, in modo significativo, le modalità di organizzazione di quel nucleo familiare, le transizioni che metterà in atto e la natura e il livello di comunicazione.

Appare chiaro come di fronte alla malattia neoplastica, le abituali e consolidate modalità di funzionamento familiare risultino inadeguate e richiedano l'attivazione di processi di adattamento attraverso una riformulazione dei ruoli, delle funzioni e delle strategie, in relazione all'avanzamento della malattia stessa. In proposito, l'instaurarsi di alleanze, di coalizioni intergenerazionali, ed in particolare, la scelta di strategie comunicative centrate sul mantenimento del segreto sulla malattia neoplastica, costituiscono comportamenti appartenenti a sistemi familiari con una mitologia rigida, e quindi, tesi a conservare l'omeostasi interna a scapito dell'acquisizione di nuovi modelli relazionali adeguati alle necessità del momento.

Dunque, è possibile affermare, come i miti familiari sulla salute e sulla malattia, descritti come credenze condivise e trasmessi nelle generazioni, influenzino e orientino le scelte e i comportamenti sia del paziente che dei familiari, e, a partire dalla comprensione delle modalità espressive del dolore, si potrà, così, avere una lettura della storia affettiva della famiglia, intuirne i modelli relazionali e i meccanismi di difesa che ne assicurano gli equilibri interni.

Bibliografia

- Anderson S. A., Bagarozzi D. A., (1983). *The use of family myths in strategic therapy*. Journal of Family Therapy.
- Annunziata M.A., (2002). *La famiglia e il cancro*. In Bellani M.L., Morasso G., Amadori D., Orrù W., Psiconcologia. Milano: Elsevier Masson.
- Bateson G., Bateson M. C., (1989). *Dove gli angeli esitano*. Milano: Adelphi. p.127
- Bongiorno A., Malizia S., (2002). *Comunicare la diagnosi grave. Il medico, il paziente e la sua famiglia*. Roma: Carocci editore.
- Bowen M., (1979). *Dalla famiglia all'individuo. La differenziazione del sé nel sistema familiare*. Andolfi M., De Nichilo M., (a cura di), Roma: Astrolabio.
- Buralli B., Amoroso D., (2011). *Camicini invisibili. Manuale pratico per volontari in oncologia*. Milano: Franco Angeli.
- Byng-Hall J., (1995a). *Rewriting family scripts*. Guilford Press, New York. Trad. it. *Le trame della famiglia*, (1998). Milano: Cortina.
- Caruso A., Carucci T., (2011). *La comunicazione nella relazione con il paziente oncologico*. In Morasso G., Caruso A., Ravenna A. R., *Le competenze comunicative in oncologia. Un percorso formativo*. Milano: Franco Angeli.
- Cigoli V., Mariotti M., (2002). *Il medico, la famiglia e la comunità. L'approccio biopsicosociale alla salute e alla malattia*. Milano: Franco Angeli.
- Cinotti N., (2005). *Comunicazione e ascolto*. In Cavagnaro P., Cinotti N., Sambuceti P., *Dalla centralità dell'ospedale alla centralità della persona. La cura in situazioni di terminalità e la formazione degli operatori*. Milano: Franco Angeli.
- Crozzoli Aite L., (2003). *Assenza più acuta presenza*. Milano: Ed. Paoline.
- Diodato L., (2002). *L'arte della bugia*. Cantanzaro: Rubbettino Editore.
- Di Leo S., (2005). *Famiglia e relazioni familiari*. In Crotti N., Scambia G., *Psiconcologia della famiglia*. Milano: Poletto editore.
- Ferreira A. J., (1966). *Miti familiari*. In Watzlawick P., *La prospettiva relazionale*. (1978). Roma: Astrolabio.
- Giancaterini A., Di Gregorio Zitella C., Celli A., (2011). *Il gioco del silenzio: il segreto familiare come ostacolo alle funzioni coniugali e genitoriali*. Rivista di Psicoterapia Relazionale, n 33.
- Invernizzi G., Bressi C., Comazzi A.M., (1992). *La famiglia del malato neoplastico*. Padova: Picci.
- Malagoli Togliatti M., Telfener U., (1991). *Dall'individuo al sistema*. Torino: Bollati Boringhieri. pp.112-113
- Minuchin S., (1976). *Famiglie e terapia della famiglia*. Roma: Astrolabio.
- Montàgano S., Pazzagli A., (2002). *Il genogramma - Teatro di alchimie familiari*. Milano: Franco Angeli. p.87
- Nicolò Corigliano A. M., (1996). *Il transgenerazionale tra mito e segreto. Interazioni-Clinica e ricerca psicoanalitica su individuo, coppia, famiglia*. Milano: Franco Angeli.
- Scabini E., (1991). *L'organizzazione famiglia tra crisi e sviluppo*. Milano: Franco Angeli.
- Tata C., (2006). *Segreti e identità familiari*. Milano: Franco Angeli.
- Tata C., (2010). *Segreti familiari a contenuto traumatico: patologia e resilienza*. Rivista di Psicoterapia Relazionale, n. 32
- Tostoj L., (1887). *Anna Karenina*. Trad. it Leone Ginzburg (1993). Torino: Einaudi.



Il Corpo In Emergenza: Indicazioni Terapeutiche

di Giulia Catelli (allieva II anno)

Sommario

Per lo psicoterapeuta sistemico relazionale che “abbraccia” un approccio integrato, dato l’inscindibile legame esistente tra mente e corpo, è interessante cogliere le diverse metodologie psicoterapeutiche che oggi si propongono di operare in ambito clinico in primo luogo a partire dal corpo per l’ottenimento di cambiamenti nell’individuo, in modo da poterle utilizzare con efficacia nella prospettiva che coglie non solo e unicamente l’individuo isolato e circoscritto nel suo corpo, ma in quella più ampia realtà che vede l’interazione tra i corpi nel contesto ecologico.

Obiettivo del lavoro, a partire dalle premesse esplicitate, è di osservare come nelle esperienze del trauma i metodi psicoterapeutici orientati al corpo, specialmente la psicoterapia sensomotoria e bioenergetica, possano trovare la loro maggiore efficacia se riconosciuti e attivati alla luce della teoria sistemica. In particolare, è interessante vedere come possano essere declinate in questo senso le conoscenze derivanti all’interno della logica delle categorie dell’apprendimento di Bateson (1972) e, più in generale, nell’ottica dello sviluppo della teoria legata alla cibernetica.

Parole chiave

psicoterapia sistemica, integrazione, corpo, trauma, categorie logiche dell’apprendimento, cibernetica.

Abstract

For the systemic relational psychotherapist that “embraces” an integrated approach, considering the inseparability between mind and body, it’s interesting to pay attention to different psychotherapeutic methods that are working today in the clinical setting starting from the body to obtain the individual’s change, to use them efficiently in the perspective that focuses not only on the person isolated and circumscribed in his own body but, on the contrary, on the interaction of bodies in the ecological environment.

The purpose of this work, starting from the explicit presuppositions, is to observe how, in case of trauma, body-oriented psychotherapeutic approaches, especially Sensorimotor and Bioenergetic psychotherapy, can reach the highest efficacy if recognised and activated referring to the systemic theory. In particular, it’s interesting to see how the derived knowledges can be declined referring to Bateson’s (1972) categories of learning and, more in general, to the cybernetic theory .

Key words

systemic psychitherapy, integration, body, trauma, logical categories of learning, cybernetic.

INTRODUZIONE

L'inscindibile legame esistente tra mente e corpo, che la teoria sistemica ha portato in evidenza in opposizione al dualismo cartesiano, ha aperto le porte a molteplici filoni di ricerca in ambito psicoterapeutico, che oggi si propongono di operare in ambito clinico in primo luogo a partire dal corpo per determinare cambiamenti nel comportamento dell'individuo umano. Per lo psicoterapeuta sistemico relazionale che "abbraccia" un approccio integrato, diventa interessante cogliere le diverse sfumature di tali metodologie, in modo da poterle utilizzare con efficacia nella prospettiva che coglie non solo e unicamente l'individuo isolato e circoscritto nel suo corpo, ma in quella più ampia realtà che vede l'interazione tra i corpi nel contesto ecologico.

In ambito sistemico relazionale, infatti, Bateson (1972) mette in guardia rispetto al pericolo di separare la mente dal corpo. Questo perché, sostiene l'autore, la mente individuale è immanente, non solo nel corpo: è immanente anche in messaggi e canali esterni al corpo. E vi è una più vasta Mente, immanente nel sistema sociale totale interconnesso e nell'ecologia planetaria, di cui la mente individuale è solo un sottosistema. La mente vive all'interno di relazioni complesse, non confinate in un corpo separato dal contesto. Mente-corpo-ambiente costituiscono un'unità inscindibile, una danza di parti interagenti. Il sistema cibernetico elementare con i suoi messaggi in circuito è l'unità mentale più semplice, e la trasformazione di una differenza che viaggia in un circuito l'idea elementare. Bateson spiega la separazione tra mondo fisico esterno e mondo mentale interno nella diversità tra codificazione e trasmissione delle differenze esterne ed interne al corpo: mente e corpo

sono esperienze epistemiche contrastanti, ma integrate all'interno di una mente-corpo interrelata in modo circolare e ricorsivo.

Anche l'embodied mind è, successivamente, al centro della teorizzazione di Varela, Thompson e Rosch (1991). Per gli autori la mente non è nella testa, non la si può considerare nei soli termini di una struttura cerebrale perché collegata all'intero organismo: è imbrigliata nel corpo, distribuita ed esperita fino a divenire contenuto cognitivo attraverso l'esperienza nel corpo, del corpo stesso, cioè di tutti quei processi fisiologici ed emotivi che plasmano sia la nostra individualità fisiologica che la nostra psicologia. Si tratta di un processo concreto, corporeo e vissuto, anche esperienziale, che la nostra stessa struttura biologica e sociale ci consente di realizzare. La mente, quindi, abita uno spazio interno-esterno e si esplica nell'azione, azione che ha un ruolo centrale in quanto è in essa che soggetto, soggetti e ambiente interagiscono e in tal modo producono processi di conoscenza e di costruzione del mondo. La conoscenza, dicono gli autori, non è un processo cerebrale, ma un processo che richiede la partecipazione di cervello, corpo e ambiente, come propone l'enattivismo. L'unità cognitiva effettiva è l'unità organismo-ambiente. C'è perciò un solo modo per conoscere la mente: riconsiderando il senso dell'esperienza vissuta, emotiva e culturale, cioè viscerocognitiva, che nasce sempre dal nostro corpo, in una modalità attraverso la quale facciamo esperienza dei meccanismi fisiologici che fanno di noi quello che siamo.

Obiiettivo del lavoro, a partire dalle premesse esplicitate, è di osservare come nelle esperienze del trauma i metodi psicoterapeutici orientati al corpo possano trovare la loro maggiore efficacia se riconosciuti e attivati

alla luce della teoria sistemica. In particolare, è interessante vedere come possano essere declinate in questo senso le conoscenze derivanti all'interno della logica delle categorie dell'apprendimento di Bateson (1972) e, più in generale, nell'ottica dello sviluppo della teoria legata alla cibernetica.

IL CORPO E IL TRAUMA

Le conoscenze moderne della scienza psicologica sono unanimi nel considerare il trauma come un elemento che indebolisce radicalmente l'integrazione all'interno di un individuo, di una diade, di una famiglia, o di una comunità. Gli stati post-traumatici sono pieni di esperienze di rigidità o caos che continuano la devastazione compiuta dal trauma successivamente agli iniziali eventi traumatici (Siegel, 2006).

A tal proposito, la psicologia generale e le neuroscienze hanno contribuito a mettere in evidenza in modo analitico gli elementi relativi a sensazione e percezione nell'esperienza traumatica.

In particolare, la teoria polivagale di Porges (2001) spiega che il sistema di difesa dalle minacce ambientali alla sopravvivenza, che si esprime nella tipica sequenza di risposte di *congelamento (freezing)*, *fuga (flight)*, *lotta (fight)* e *finta morte (feigned death)*, coinvolge in maniera diretta, non mediata da processi mentali superiori, le due branche del sistema neurovegetativo (SNV). La persona traumatizzata di fronte a promemoria traumatici, anche solo simili agli originali eventi traumatici, si trova in balia di una primaria estrema disregolazione dell'arousal, spesso oscillando tra i due estremi di iper-arousal, sperimentando un eccessivo arousal e il tormento di immagini, sentimenti e sensazioni corporee intrusivi, e di ipo-arousal, sperimentando al contrario

scarsità di emozione, sensazione di insensibilità, senso di torpore, vacuità, passività, possibile paralisi (van der Hart, Nijenhuis, & Steele, 2006). In entrambi i casi, l'esercizio delle funzioni mentali superiori, che si esprimono con pensieri e processi coscienti auto-riflessivi ed emozioni interpersonali, risulta inibito (Liotti, 2006).

Poi, Van der Kolk (2006) sostiene che le persone traumatizzate quando percepiscono certi stimoli come minacciosi tendono a regredire a reazioni primitive autodifensive, attivando automatiche secrezioni ormonali e pattern di azioni fisiche collegati al trauma. Questo chiarisce perché tendano a rispondere a ciò che rievoca il passato con risposte irrazionali, iniziate a livello subcorticale, irrilevanti e persino dannose nel contesto delle richieste attuali: possono esplodere in risposta a minime provocazioni, congelarsi quando frustrate e sentirsi impotenti di fronte a sfide insignificanti. Le emozioni, senza una contestualizzazione storica che permetta di connettervi il riporto somatico e motorio del passato, appaiono fuori luogo e le azioni bizzarre, diventando fonte di vergogna e imbarazzo per chi le sperimenta.

Secondo questi autori, la regolazione "top-down" è compromessa e, di conseguenza, il dialogo psicoterapeutico viene spesso a svolgersi fuori dalla "finestra di tolleranza" (Siegel, 1999), la zona di arousal ottimale nella quale si può ancora adeguatamente esercitare la funzione riflessiva della coscienza, con l'attenzione del paziente assorbita nei segni dell'arousal estremo del sistemico ortosimpatico (tensione e tremori muscolari, tachicardia, iperventilazione) oppure del sistema vagale (perdita del tono muscolare, bradicardia, riduzione della frequenza respiratoria con angoscioso senso di oppressione toracica, anomalie nella

peristalsi gastrointestinale, accasciamento, sincopi, vertigini soggettive ed esperienze di estraneità all'ambiente e a se stessi tipiche della finta morte vagale) (Liotti, 2006). Riguardo a questo, Liotti (2006) evidenzia che quando il dialogo terapeutico si svolge fuori dalla "finestra di tolleranza", oltre ad essere penosissimo per il paziente, non può avere successo se si rivolge ai processi mentali superiori: il paziente non riuscirà ad accedere alle memorie traumatiche, che pure sono alla base della ricorrente, anche se momentanea, tempesta neuro-vegetativa, né soffermarsi in maniera riflessiva sulle emozioni che sta provando o sui pensieri che attraversano la sua mente. Al contrario, è probabile che descrivere le esperienze traumatiche nella terapia verbale convenzionale possa attivare al paziente traumatizzato ricordi impliciti sotto forma di sensazioni fisiche collegate al trauma, espresse sotto forma di disregolazione fisiologica, di movimenti involontari e le conseguenti emozioni di impotenza, paura, vergogna e rabbia, senza fornire le risorse per elaborare le reminiscenze non verbali del passato. Quando si verifica questa sequenza, è probabile per la persona non sentirsi ancora al sicuro per affrontare il trauma, mentre piuttosto tenderà a cercare una relazione supportiva nel momento presente ed il terapeuta diventerà un rifugio da una vita caratterizzata di anaffettività e futilità (van der Kolk, 2006). L'incapacità di riconoscere cosa sta accadendo all'interno, di identificare correttamente stati fisici, sensazioni, emozioni e di modularli, dice van der Kolk (2006), porta le persone a perdere contatto con i loro bisogni e ad essere incapaci di prendersene cura, e spesso comporta anche la difficoltà a rendersi conto degli stati emotivi e dei bisogni delle persone intorno a loro, esitan-

do nel collasso di fronte alla minaccia o, nel quotidiano, nel prendersela per la minima seccatura.

Per Siegel (2006) il lavoro sulla consapevolezza dell'esperienza corporea del qui e ora apre le strade verso l'integrazione e la guarigione. Questa consapevolezza recettiva comporta un'attenzione accettante, amorevole, non giudicante che potrebbe rappresentare l'essenza di come la mente possa muoversi dal caos e dalla rigidità degli stati non integrati ad un funzionamento coerente che emerge con l'integrazione. La consapevolezza del corpo consente all'individuo di muoversi direttamente in stati di arousal precedentemente respinti, che hanno lasciato il corpo al di fuori dell'esperienza della vita mentale conseguente ad una traumatizzazione. La mente, consapevole di questi stati sensoriali e motori del corpo, può raggiungere l'integrazione che gli adattamenti al trauma avevano bloccato per lungo tempo.

Dal punto di vista dello psicoterapeuta sistemico relazionale, è possibile tentare di interpretare tali contributi nell'ottica della teoria dell'apprendimento di Bateson (1972). Secondo l'autore, è possibile classificare i processi di apprendimento secondo diversi gradi di astrazione, ed i cambiamenti che intervengono ai livelli superiore, quindi di maggiore astrazione, producono cambiamenti personali con maggiore impatto sull'individuo. Al livello di apprendimento uno, la persona apprende a rispondere ad una certa sollecitazione mediante correzione degli errori di scelta in un insieme di alternative; a livello di apprendimento due, o deuterio apprendimento, apprende le premesse che la fanno rispondere in un certo modo a determinate sollecitazioni, quindi non solo reagisce a singoli fatti ma definisce

i contesti in base a cui questi fatti vanno interpretati; a livello di apprendimento tre, apprende a liberarsi dall'apprendimento due, in modo che le sue premesse inconscie siano suscettibili di indagine e cambiamento. Posta questa classificazione, si potrebbe dire che, a seconda del livello di apprendimento in cui la persona si trova, la reazione al trauma potrà essere più o meno sfavorevole. Premesso ciò, assumendo l'inscindibile unità mente-corpo-ambiente (Bateson, 1972), lo psicoterapeuta, agendo sul corpo attraverso tecniche corporee, può portare il paziente ad una diversa comprensione del trauma e, quindi, ad una maggiore consapevolezza, in un tentativo di passaggio da un livello di apprendimento inferiore ad uno superiore per astrazione.

In quest'ottica, un modello integrato sistemico relazionale-corporeo è applicabile in diversi contesti d'intervento. In ambito emergenziale, dove per emergenza s'intende una situazione interattiva in cui sono presenti una minaccia, una richiesta di attivazione rapida e rapide decisioni, la percezione di un'improvvisa sproporzione tra bisogno e potenziale di risposta attivabile dalle risorse immediatamente fruibili e da un clima emotivo congruente (Sbattella, 2009). Ma non solo. Le reazioni emergenziali del corpo, il "corpo in emergenza", è possibile incontrarle anche nel setting tradizionale dello studio di psicoterapia, attivate non in risposta ad un'emergenza propriamente detta. Fernandez, Maslovic e Veniero Galvagni (2013), a tal proposito, dicono che i traumi psicologici sono "ferite dell'anima", esperienze con un impatto emotivo così intenso e negativo da impedire alle persone di continuare a vivere e ad essere come prima, ed accanto ai traumi con la "T" maiuscola, quegli eventi che portano alla morte o minaccia-

no l'integrità fisica, propria o delle persone care (aggressioni, omicidi, gravi incidenti stradali, lutti improvvisi, terremoti, tsunami, attentati terroristici, guerre) che rientrano nella definizione di trauma psicologico che anche la comunità scientifica riconosce, esistono "piccoli traumi", traumi con la "t" minuscola, esperienze che oggettivamente sembrano poco rilevanti se paragonate alla distruttività delle prime. Ma se questi traumi con la "t" minuscola, come un'umiliazione subita, svalutazioni esperite in pubblico da conoscenti o parenti, una particolare frase detta da un genitore brusco o disattento, si ripetono nel tempo, possono risultare altamente disturbanti. In molti studi e ricerche si è osservato e concluso che alcune esperienze traumatiche, dal punto di vista emotivo, indipendentemente che fossero traumi con la "T" maiuscola o con la "t" minuscola, creavano nelle persone le stesse reazioni e sintomi (Fernandez et al., 2013). Ancora, un modello integrato sistemico relazionale-corporeo è applicabile alla gamma normale, non traumatica, di dinamiche infantili e familiari che modellano lo sviluppo e la formazione della personalità interattiva del paziente, con l'obiettivo di aiutare i pazienti a trovare un significato nelle loro vite e sviluppare un nuovo, integrato senso di sé.

LE REAZIONI DIFENSIVE DEL CORPO

La psicologia generale ha contribuito alla classificazione delle reazioni difensive che consentono all'uomo, come a tutti i mammiferi, di rispondere in modo adeguato sia a leggeri sia a severi livelli di minaccia, organizzate in un sistema gerarchico. Ogden, Minton e Pain (2006) dividono queste reazioni in tre sottosistemi difensivi: le *strategie difensive relazionali*, vale a dire le richieste di aiuto agli altri, composte dai sistemi di *at-*

taccamento e impegno sociale; le *difese mobilitanti*, quelle che attivano il corpo, tra cui figurano *fuga e lotta*; le *difese immobilizzanti*, che si riflettono nei comportamenti immobili e passivi, *congelamento e morte apparente*. Le difese non sono sempre ingaggiate in modo sequenziale; qualsiasi difesa potrebbe essere evocata in base alla concretezza e alle caratteristiche della minaccia, alle risorse dell'individuo e al tipo di difese funzionali per la persona in passato. Ciascuna risposta è tipicamente definitiva, primitiva e inflessibile, ma nessuna è migliore di un'altra: tutte sono potenzialmente adattive ed efficaci nel ridurre la minaccia, a seconda delle circostanze specifiche. Non è l'utilizzo di un particolare sottosistema, di per sé, ma l'inflessibilità tra questi sottosistemi difensivi e la loro iperattività, a contribuire all'angoscia della persona traumatizzata dopo la conclusione dell'evento traumatico.

Si tratta di classificazioni che possono essere stimoli di supporto nell'orientare il lavoro clinico, se utilizzate con la consapevolezza del "taglio chirurgico" operato nello scindere le parti di un sistema, portando attenzione solo ad una parte, vale a dire al paziente, alle reazioni traumatiche del paziente, con l'obiettivo di capire come il trauma impatta in questa parte del sistema, tenendo ben presente la complessità del comportamento dei sistemi viventi.

In terapia c'è poi il terapeuta, il suo corpo, il suo sentire. La seconda cibernetica, vedremo, è una cibernetica dell'autoriflessività, in cui il fulcro dell'interesse è proprio l'osservatore stesso con i suoi pregiudizi, teorie e sensibilità.

In ambito sistemico, infatti, nel passaggio dalla prima alla seconda cibernetica l'osservatore-terapeuta passa dall'essere esterno

al sistema osservato-paziente ad essere dentro al sistema che osserva, perciò la realtà è sempre il prodotto di una co-costruzione. Con la seconda cibernetica viene quindi abbandonata la convinzione che il terapeuta possa osservare oggettivamente specifiche configurazioni nell'organizzazione familiare, a favore del fatto che i terapeuti e i pazienti partecipano a "co-creare" racconti e storie alternative, mediante processi di attribuzione di nuovi significati alla "realtà" condivisa. In quest'ottica, scompare l'idea di una causalità lineare, e appare evidente l'esistenza di una nuova causalità, una causalità reciproca e circolare: il sistema osservante e il sistema osservato non sono separati tra loro ma interagiscono influenzandosi a vicenda. Nella seconda cibernetica, diversamente dalla prima, nella relazione terapeutica l'interazione tra corpi in relazione avviene in modo non istruttivo. In quanto sistemi viventi autopoietici, dotati di propria struttura e organizzazione, i sistemi terapeuta-paziente interagiscono attraverso perturbazioni reciproche, provocando cambiamenti nell'organizzazione interna definiti da Maturana e Varela (1980) "accoppiamenti strutturali".

Riferendoci, perciò, a Maturana e Varela (1980), il terapeuta e il paziente possono essere considerati parti del medesimo sistema per "accoppiamento strutturale" e, quindi, qualunque cosa avvenga nell'uno non può non riverberarsi sull'altro. Per questo, rileggendo le conoscenze della psicologia generale sopra riportate alla luce della seconda cibernetica, anche il terapeuta con il suo corpo entra nella dimensione del trauma e lo vive nella relazione con il paziente. Tali conoscenze rispecchiano e rivivono nel terapeuta, il quale può "apprendere" come il suo corpo risponde al trauma e come rie-

sce a superarlo, potendo, in questo modo, trasferire al paziente le modalità di superamento sperimentate.

INDICAZIONI TERAPEUTICHE: L'INTEGRAZIONE DEL MODELLO SISTEMICO RELAZIONALE CON METODI ORIENTATI AL CORPO

Integrando il proprio “bagaglio” sistemico relazionale con metodi psicoterapeutici orientati al corpo, riconosciuti e attivati alla luce della teoria sistemica, lo psicoterapeuta include il corpo come punto d'accesso principale per il cambiamento nelle cognizioni, emozioni, sistemi di credenze e capacità di entrare in relazione dei pazienti, quando l'esperienza del trauma blocca l'accesso auto-riflessivo ai pensieri, alle emozioni, la sintonizzazione con l'altro.

Dalla psicoterapia sensomotoria di Ogden et al. (2006) è possibile ricavare tecniche d'intervento somatiche, pensate dagli autori in combinata con tecniche d'intervento “top-down” per il trattamento dei pazienti traumatizzati, e non solo. Scopo degli interventi proposti è aiutare i pazienti ad imparare a diventare consapevoli dell'interazione tra i livelli cognitivo, emotivo e sensomotorio dell'elaborazione dell'informazione: le tecniche di mindfulness aiutano il paziente a notare come le autorappresentazioni (ad esempio “Sono una persona non amabile”) o le emozioni collegate al trauma (ad esempio il panico) influenzano l'organizzazione fisica. Questi interventi aumentano progressivamente la capacità integrativa, aiutando il paziente a diventare capace di muoversi da un livello di esperienza (cognitivo, emotivo o sensomotorio) ad un altro, ponendo le fondamenta per unificare le componenti fisiche e mentali dell'evento traumatico.

La mindfulness è una delle tecniche pro-

poste da Varela et al. (1991), che consente una regolazione del vissuto somato-psichico attraverso la permanenza attenta nella sensazione corporea, volta a contestualizzare l'emergere discontinuo della consapevolezza umana, rispetto al corpo e nel corpo, rispetto alle interazioni e alla società ma anche alla mente stessa. Questo concetto di mindfulness considera la mente come un processo dinamico, di cui possiamo diventare consapevoli e che possiamo esperire nel rapportarci agli altri e nel vivere quotidiano.

Il terapeuta sensomotorio approccia il trattamento del trauma (suddiviso nelle tre fasi di sviluppo delle risorse somatiche per la stabilizzazione, elaborazione della memoria traumatica e ripristino degli atti di trionfo, integrazione e successo nella vita quotidiana) con un repertorio di tecniche, per lavorare con il corpo nel presente, che assolvono a specifiche funzioni (Ogden et al. 2006).

Attraverso il *monitoraggio* e la *lettura del corpo*, il terapeuta raccoglie informazioni rilevanti nei cambiamenti fisici del paziente, che comunica attraverso *affermazioni di contatto*, ridirigendo l'orientamento della persona verso l'esperienza presente. Attraverso la *mindfulness* l'esplorazione dell'esperienza del momento presente viene mantenuta ed espansa, favorendo la consapevolezza. Kabat-Zinn (1994) definisce la mindfulness come porre attenzione intenzionalmente, nel momento presente e in modo non giudicante. In un approccio sensomotorio, la mindfulness richiede di orientarsi e di affrontare il flusso e il riflusso dell'esperienza interna. L'attenzione e la consapevolezza sono dirette verso percezioni sensoriali, sensazioni corporee, cambiamenti muscolari e impulsi motori, pensieri e emozioni dell'esperienza presen-

te, che si manifestano nel qui ed ora, come effetto degli stimoli interni (come ricordare un evento traumatico) o esterni (come un'affermazione di contatto). Il terapeuta insegna la mindfulness ponendo domande la cui risposta richiede una consapevolezza sull'esperienza del momento presente (ad esempio: "Cosa senti nel tuo corpo proprio ora?", "Dove esattamente percepisci tensione?", "Quanto è grande l'area tesa?"). Obiettivo della mindfulness è consentire la presenza dentro di sé di sensazioni corporee, movimenti, pensieri, emozioni difficili, averne una consapevolezza benevola, accoglierli piuttosto che pensare di risolverli. Questa osservazione consapevole, non giudicante, ha un effetto positivo sul funzionamento cerebrale: la corteccia prefrontale rimane "attiva" ad osservare l'esperienza interna, inibendo l'intensificazione dei processi "bottom-up" collegati al trauma e, quindi, l'incremento dell'arousal subcorticale, minimizzando la ritraumatizzazione. Per favorire la mindfulness, quando il paziente sta parlando di un evento significativo, recente o passato, il terapeuta gentilmente dirige l'orientamento del paziente verso l'esperienza interna evocata dal contenuto. In questo modo, le tendenze all'azione fisiche e mentali che rivelano l'eredità dell'apprendimento procedurale diventano l'oggetto dell'esplorazione, piuttosto che essere gli eventi a produrre apprendimento procedurale. Osservando e riportando l'esperienza presente con un io che osserva, il paziente ha un'esperienza piuttosto che essere quell'esperienza.

In uno stato di mindfulness, le tendenze all'azione possono essere osservate e studiate e successivamente trasformate attraverso la pratica di nuove azioni. Il terapeuta adotta un atteggiamento sperimentale, un

atteggiamento mentale di apertura e ricettività curiosa e giocosa, che incita all'esplorazione di nuove esperienze senza investimento in un esito specifico, fornendo costantemente una regolazione interattiva per mantenere l'arousal entro la finestra di tolleranza. L'atteggiamento sperimentale incoraggia cauti tentativi di nuove risposte, fisiche o verbali, come alternativa alle tendenze maladattive ed enfatizza un'osservazione oggettiva del loro impatto. Spesso sia il terapeuta sia il paziente sono sorpresi dei risultati inaspettati di un esperimento. Attraverso la conduzione di esperimenti collaborativi, anche la curiosità del paziente aumenta; il sistema d'azione dell'esplorazione si attiva, disattiva il sistema difensivo e l'imprevedibilità viene attesa e accolta.

Pensando ad un intervento integrato sistemico relazionale-sensomotorio, il terapeuta agendo sul corpo attraverso la *mindfulness* porterebbe il paziente ad una diversa comprensione e consapevolezza del trauma, nel tentativo di un passaggio da un apprendimento di livello inferiore ad uno di livello superiore, nell'ottica della teoria dell'apprendimento di Bateson (1972).

La psicoterapia sensomotoria è sensibile al fatto che la maggior parte dei traumi si verificano nel contesto delle relazioni interpersonali, coinvolgendo violazioni di confini, perdita di azione autonoma e di autoregolazione (Ogden et al., 2006). Il modello sistemico relazionale permette una lettura complessa e contestualizzata delle situazioni di sofferenza derivanti da un evento potenzialmente traumatico: lo psicoterapeuta agisce con la consapevolezza che non tutto ciò che accade dipende dall'impatto dell'evento potenzialmente traumatico, bensì le modalità di risposta individuali e sistemiche vanno contestualizzate nel più ampio sistema rela-

zionale, storico e sociale (Tettamanzi, Sbat-tella, & Molteni, 2013). Un approccio siste-mico relazionale al trattamento del trauma permette di ampliare l'intervento, partendo dalla considerazione che la persona appar-tiene a un sistema, che sviluppa relazioni sociali e interagisce con il proprio ambien-te fisico, plasmandolo e venendone a sua volta influenzata. In quest'ottica, il terapeuta adotta un atteggiamento deopatologizzante nei confronti del paziente, guardando ai famigliari come possibili vittime secondarie del trauma e, allo stesso tempo, risorsa per l'elaborazione dello stesso. Attraverso tec-niche quali l'ipotizzazione, la circolarità, la neutralità (Selvini et al., 1980), il terapeuta può condurre un intervento sistemico re-lazionale sia coinvolgendo il paziente ed i suoi famigliari in una terapia famigliare, sia conducendo un intervento individuale con il paziente, qualora il coinvolgimento dei fami-gliari non risulti possibile.

Pur non presentando un modello d'inter-vento specifico per il trattamento del trau-ma, Lowen (2009) propone un'altra forma di terapia, la bioenergetica, che associa il lavoro sulla consapevolezza corporea con quello sulla mente, per aiutare le persone a risolvere i propri problemi emotivi e realizza-re in misura più ampia il proprio potenziale di provare piacere e gioia di vivere.

Tesi fondamentale della bioenergetica è che il corpo e la mente siano funzionalmente identici: quello che succede nella mente riflette quello che succede nel corpo, e vice-versa. I processi energetici, cioè la pro-duzione di energia attraverso la respirazione e il metabolismo e la scarica di energia nel movimento, sono le funzioni basilari della vita. La quantità di energia di cui si dispone e l'uso che se ne fa, determinano il modo in cui si risponde alle situazioni della vita: le si

affronta con più efficacia se si dispone di più energia da tradurre liberamente nel movi-mento e nell'espressione, al contrario rigidi-tà o tensione cronica diminuiscono la vitalità e abbassano l'energia (Lowen, 2009).

Secondo Lowen (2009), ogni stress pro-duce uno stato di tensione nel corpo, che normalmente scompare quando lo stress è eliminato. Le tensioni croniche, tuttavia, persistono anche dopo la scomparsa del-lo stress che le ha provocate, come atteg-giamento corporeo o assetto muscolare inconsci. Le tensioni muscolari croniche disturbano la salute emotiva abbassan-do l'energia di un individuo, limitandone la motilità e l'autoespressione. Diventa neces-sario, dunque, alleggerire questa tensione cronica, se si vuole che la persona riacquisti piena vitalità e benessere emotivo.

Dal lavoro della bioenergetica, il terapeuta sistemico relazionale può dedurre partico-lari esercizi corporei, che intendono aiuta-re chi li pratica a entrare in contatto con le proprie tensioni e a rilasciarle tramite mo-vementi appropriati, precedentemente bloc-cati dai muscoli contratti. Una delle carat-teristiche qualitative della vitalità è, infatti, proprio l'essere in contatto con ciò che si trova nel raggio e a portata delle percezioni sensoriali, essere consapevoli di ciò che ac-cade dentro e fuori da noi. Ogni percezione sensoriale ha inizio da una percezione di sé, del proprio corpo. Per mezzo di questo si percepisce ciò che accade nell'ambiente, poiché l'ambiente investe i corpi e i sensi. Entrare in contatto è il processo che mette in grado di percepire la rigidità e le tensioni che bloccano il flusso dell'eccitazione e del sentire. Solo avendo la percezione di una tensione la si può eliminare.

Nel corso del lavoro bioenergetico il cor-po di una persona è messo in uno stato

di vibrazione attraverso speciali esercizi. Quando le vibrazioni attraversano completamente il corpo, la persona si sente unita e integrata. Durante questo processo avviene un analogo cambiamento nel pensiero e negli atteggiamenti di una persona (Lowen, 2009).

La sensazione del contatto tra i piedi e il terreno è conosciuta in bioenergetica come *grounding*, ed è la chiave del lavoro bioenergetico. Questo indica una corrente di eccitazione che scorre attraverso le gambe fino ai piedi e al terreno. Avere *grounding* significa essere collegati alla terra; è un modo usato per significare che una persona sa dov'è e chi è. Quando ha i piedi per terra, infatti, la persona ha la sua posizione, è qualcuno. In un senso più ampio, il *grounding* rappresenta il contatto dell'individuo con le realtà base della sua esistenza: egli è radicato nella terra, identificato con il proprio corpo, consapevole della propria sessualità, teso verso il piacere. Se si è ben radicati, il corpo sarà naturalmente bilanciato, dritto e saldo. L'energia scorrerà liberamente. Il *grounding* implica che una persona si lasci scendere, che abbassi il suo centro di gravità, che si senta più vicina alla terra. È strettamente legato alla respirazione, più ci si lascia scendere dentro di sé più profonda è la respirazione. Il risultato più immediato è di aumentare il senso di sicurezza, sentendo la terra sotto di sé e i piedi che vi poggiano sopra. Ci sono due principi che, se osservati, aiutano a conseguire e a mantenere il *grounding*. Il primo prescrive di mantenere sempre le ginocchia leggermente flesse. Irrigidirle quando si è in piedi trasforma tutta la parte inferiore del corpo, dalle anche in giù, in una struttura rigida, che funge da supporto meccanico o da mezzo meccanico di locomozione. Ciò

impedisce di fluire nella parte inferiore del corpo e di identificarsi con essa. Le pressioni psicologiche sono l'equivalente dei pesi fisici per il corpo. Le ginocchia sono gli ammortizzatori del corpo. Quando si è sottoposti a una pressione, le ginocchia si flettono, facendo passare la forza attraverso il corpo e nel terreno. Se le ginocchia sono serrate, la forza è intrappolata nel fondo della schiena, producendo una condizione di stress. La seconda raccomandazione è di lasciare il ventre in fuori. Molti lo trovano difficile, perché contrario all'idea comune di posizione corretta e di bell'aspetto. Il portamento "pancia in dentro, petto in fuori, spalle in alto" è l'epitome della rigidità. La pancia in dentro rende la respirazione addominale molto difficile e costringe a gonfiare troppo il petto per avere abbastanza aria. Il sistema sano e corretto per respirare si basa sul rilassamento della muscolatura addominale (Lowen, 2009).

Gli esercizi aiutano ad acquisire una maggiore padronanza di sé: aumentando lo stato di vibrazione del corpo, radicandoci saldamente nelle gambe e nel corpo, rendendo più profonda la respirazione, rendendoci più acutamente consapevoli di noi stessi, ampliando gli orizzonti dell'auto-espressione. Il processo di mettersi in contatto con il corpo non è mai finito. Mentre si continuano a fare gli esercizi, si ottiene un contatto sempre più profondo con il proprio corpo, si sentono molte parti del corpo in maniera differente, si sviluppano nuovi tipi di atteggiamento e di movimento. La padronanza e l'espressione di sé aumentano progressivamente (Lowen, 2009).

Ipotizzando un intervento integrato sistemico relazionale-bioenergetico, esercizi bioenergetici come il *grounding*, proposti dal terapeuta, possono essere considera-

ti, alla luce della teoria dell'apprendimento di Bateson (1972), un tentativo di portare il paziente da un livello di apprendimento di astrazione inferiore ad uno superiore, partendo dal corpo per una maggiore conoscenza e consapevolezza del trauma.

CONCLUSIONI

Si è visto come, attraverso le acquisizioni della teoria sistemica in ordine alla teoria dell'apprendimento e cibernetica, è possibile utilizzare le conoscenze della psicologia generale e delle neuroscienze per programmare interventi terapeutici che accolgono i metodi di intervento sul corpo realizzati da diversi approcci.

In considerazione dell'inscindibile unità mente-corpo-ambiente (Bateson, 1972), quando l'esperienza traumatica blocca l'accesso auto-riflessivo ai pensieri, alle emozioni e la sintonizzazione con l'altro del paziente, lo psicoterapeuta sistemico relazionale che "abbraccia" un approccio integrato, può utilizzare il corpo come punto d'accesso per il cambiamento, intercettandolo attraverso l'utilizzo di tecniche corporee proprie di diversi filoni psicoterapeutici, come quello sensomotorio o bioenergetico, riviste nella prospettiva sistemica. L'obiettivo, intervenendo sul corpo, è quello di portare il paziente ad una diversa comprensione del trauma e ad una maggiore consa-

pevolezza, tentando il passaggio da un livello di apprendimento inferiore ad un livello di apprendimento superiore, secondo la teoria dell'apprendimento di Bateson (1972). Si è visto, inoltre, riprendendo Maturana e Varela (1980), che nella seconda cibernetica il terapeuta e il paziente sono parti del medesimo sistema per "accoppiamento strutturale" e, quindi, che ciò che succede nell'uno si riverbera sull'altro. Per questo, anche il terapeuta con il suo corpo entra nella dimensione del trauma, vivendolo nella relazione con il paziente, "apprendendo" come il suo corpo risponde al trauma e come può affrontarlo con successo, potendo in questo modo trasferire al paziente le modalità per superarlo a sua volta.

Un modello integrato sistemico relazionale-corporeo, infine, potrebbe trovare applicazione in contesti diversi, dall'ambito emergenziale propriamente detto al più classico setting psicoterapeutico, in presenza di traumi con la "T" maiuscola o con la "t" minuscola (Fernandez et al., 2013), ma anche in presenza di dinamiche infantili e familiari "normali", non traumatiche, che modellano lo sviluppo e la formazione della personalità interattiva del paziente, con l'obiettivo di aiutare i pazienti a trovare un significato nelle loro vite e sviluppare un nuovo, integrato senso di sé (Ogden et al., 2006).

Bibliografia

- Bateson, G. (1972). *Steps to an Ecology of Mind: Collected Essays in Anthropology, Psychiatry, Evolution, and Epistemology*. San Francisco: Chandler Publishing Company. (trad. it. *Verso un'ecologia della mente*, Adelphi, Milano, 1976).
- Fernandez, I., Maslovaric, G., & Veniero Galvagni, M. (2013). *Traumi Psicologici, Ferite dell'Anima: Il Contributo della Terapia con EMDR*. Napoli: Liguori.
- Kabat-Zinn, J. (2004). *Dovunque Tu Vada Ci Sei Già. Una Guida alla Meditazione*. Milano: TEA.
- Liotti, G. (2006). Prefazione. In P. Ogden, K. Minton, & C. Pain, *Trauma and the Body: A Sensorimotor Approach to Psychotherapy* (pp. XXXI-XXXIII). New York: W. W. Norton & Company. (trad. it. *Il trauma e il corpo: manuale di psicoterapia sensomotoria*, Istituto di Scienze Cognitive, Sassari, 2012).
- Lowen, A. (2009). *La Voce del Corpo. Il Ruolo del Corpo in Psicoterapia*. Roma: Astrolabio.
- Misslin, R. (2003). The defense system of fear: Behavior and neurocircuitry. *Clinical Neurophysiology*, 33(2), 55-66.
- Odgen, P., Minton, K., & Pain, C. (2006). *Trauma and the Body: A Sensorimotor Approach to Psychotherapy*. New York: W. W. Norton & Company. (trad. it. *Il trauma e il corpo: manuale di psicoterapia sensomotoria*, Istituto di Scienze Cognitive, Sassari, 2012).
- Porges, S. W. (2001). The polyvagal theory: Phylogenetic substrates of a social nervous system. *International journal of Psychophysiology*, 42(2), 123-146.
- Sbattella F. (2009). *Manuale di Psicologia dell'Emergenza*. Milano: Franco Angeli.
- Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., & Prata G., (1980). Ipotizzazione, circolarità, neutralità: tre direttive per la conduzione della seduta. *Terapia Familiare*, 7, 7-19.
- Siegel, D. J. (1999). *The Developing Mind, First Edition: How Relationships and The Brain Interact to Shape Who We Are*. New York: Guilford. (trad. it. *La mente relazionale, prima edizione: neurobiologia dell'esperienza interpersonale*, Raffaello Cortina, Milano, 2001).
- Siegel, D. J. (2006). Prefazione. In P. Ogden, K. Minton, & C. Pain, *Trauma and the Body: A Sensorimotor Approach to Psychotherapy* (pp. XIII-XVI). New York: W. W. Norton & Company. (trad. it. *Il trauma e il corpo: manuale di psicoterapia sensomotoria*, Istituto di Scienze Cognitive, Sassari, 2012).
- Siegel, D. J. (2012). *The Developing Mind, Second Edition: How Relationships and The Brain Interact to Shape Who We Are*. New York: Guilford. (trad. it. *La mente relazionale, seconda edizione: neurobiologia dell'esperienza interpersonale*, Raffaello Cortina, Milano, 2013).
- Tettamanzi M., Sbattella F., & Molteni M. (2013). "Famiglie in emergenza tra vulnerabilità e resilienza". In F. Sbattella, & M. Tettamanzi, *Fondamenti di psicologia dell'emergenza* (pp. 70-93). Milano: Franco Angeli.
- Van der Kolk, B. A. (2006). Prefazione. In P. Ogden, K. Minton, & C. Pain, *Trauma and the Body: A Sensorimotor Approach to Psychotherapy* (pp. XVII-XXVI). New York: W. W. Norton & Company. (trad. it. *Il trauma e il corpo: manuale di psicoterapia sensomotoria*, Istituto di Scienze Cognitive, Sassari, 2012).
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., & Steele, K. (2006). *The Haunted Self: Structural Dissociation and the Treatment of Chronic Traumatization*. New York: W. W. Norton & Company. (trad. it. *Fantasma nel sé: trauma e trattamento della dissociazione strutturale*, Raffaello Cortina, Milano, 2013)
- Varela, F. J., Thompson, E., & Rosch, E. (1991). *The Embodied Mind: Cognitive Science and Human Experience*. Cambridge, MA, USA: MIT Press.

Meta genealogia, tra jodorowsky e sistemica

di Emanuele Arletti (allievo III anno)

Sommario

In maniera del tutto inconsapevole, i genitori, i nonni, gli avi, lasciano in eredità ai discendenti problemi non risolti, traumi non elaborati, segreti indicibili, fallimenti, colpe o ingiustizie. I sintomi psicosomatici, le malattie, i comportamenti ripetitivi che possono condurre a drammi, scacchi, suicidi, fallimenti, incidenti, sono connessi a ripetizioni di destini e di relazioni con le diverse generazioni dello stesso clan familiare. La Psicogenealogia o Psicoterapia Trans-Generazionale studia le influenze dell'albero genealogico sulla vita delle persone. Anne Anceline de Schützenberger parla di Sindrome degli Antenati e utilizza il genosociogenogramma quale rappresentazione grafica delle relazioni e dei legami psicogenealogici. Nicholas Abraham e Maria Torock studiano la Trasmissione Trans-Generazionale, mentre Ivan Boszormenyi Nagy si focalizza sulle Lealtà Invisibili. Bert Hellinger contribuisce allo sviluppo della Psicogenealogia attraverso le Costellazioni Familiari. Nel lavoro di Alejandro Jodorowsky, la Metagenealogia è un metodo di analisi dell'albero genealogico e si propone di conciliare gli opposti apparenti, collocandosi nel punto in cui si congiungono: dove la razionalità collabora con l'irrazionalità, dove la scienza danza con l'arte, dove la parola chiaroveggenza significa sia intuizione che lucida presenza. Questa disciplina suggerisce di intendere la malattia come una mancanza di bellezza e di coscienza e che la guarigione consista nel divenire autenticamente consapevoli delle dinamiche del proprio clan familiare al fine di poter vivere, creare, essere e amare consapevoli e liberi dai tranelli, pregiudizi, deviazioni e blocchi che appartengono alle generazioni precedenti e che rivivono nella storia presente della persona.

Parole chiave

Atto Psicomagico, Hellinger, Jodorowsky, Metagenealogia, Psicogenealogia, Schützenberger, Tarocchi di Marsiglia.

Abstract

In a totally unconscious, parents, grandparents, ancestors, bequeath to descendants unsolved problems, unprocessed trauma, untold secrets, failures, errors or injustices. The psychosomatic symptoms, diseases, repetitive behaviors that lead to drama, chess, suicide, failures, accidents, are connected to repetitions of destinies and relationships with several generations of the same family clan. The Psychogenealogy or Psychotherapy Trans-Generational studies the influences of the family tree on people's lives. Anne de Anceline Schützenberger speaks Syndrome Ancestors and uses genosociogenogramma which graphical representation of relationships and ties psicogenealogici. Nicholas Abraham and Maria Torock study the Trans-Generational Transmission, while Ivan Nagy Boszormenyi focuses on Loyalty Invisibles. Bert Hellinger contributes to the development of Psychogenealogy throu-

gh the Family Constellations. In the work of Alejandro Jodorowsky, the Metagenealogia is a method of analysis of the family tree, and aims to reconcile the apparent opposites, reaching the point where they join: where rationality is working with the irrationality, where science dance with the art, where the word means both clairvoyance intuition shining presence. This discipline suggests to understand the disease as a lack of beauty and conscience and that healing consists in becoming truly aware of the dynamics of their family clan in order to live, create, love and be aware and free from pitfalls, prejudices, deviations and blocks that belong to previous generations and relive the history of this person.

Key words

Act Psychomagic, Hellinger, Jodorowsky, Metagenealogy, Psychogenealogy Schützenberger, Tarot of Marseilles.



*«Tutti dovrebbero conoscere il proprio
albero genealogico.
La famiglia è il nostro forziere del
tesoro, ma anche la nostra trappola
mortale».*

(Alejandro Jodorowsky)

LA PSICOGENEALOGIA O PSICOTERAPIA TRANS-GENERAZIONALE

In maniera del tutto inconsapevole, i genitori, i nonni, gli avi, lasciano in eredità ai discendenti problemi non risolti, traumi non elaborati, segreti indicibili, fallimenti, colpe o ingiustizie. Il corpo può incarnare e trasformarsi in una voce primaria dell'antenato ferito, somatizzando la parola non detta del suo trauma. Diventa allora necessario decodificare i messaggi delle ferite non rimarginate, i sintomi delle patologie e tutto ciò che crea disagio fisico, emozionale e spirituale: la Psicogenealogia nasce per ricercare e decodificare questi messaggi. Altresì denominata Psicoterapia

Trans-Generazionale, in quanto studia le influenze dell'albero genealogico sulla vita delle persone, il termine Psicogenealogia è stato usato per la prima volta dalla psicoanalista francese Anne Ancelina Schützenberger per definire le conoscenze, i metodi d'indagine e gli strumenti di lavoro orientati ad identificare le influenze degli antenati sullo svolgimento della vita dei discendenti e a risolvere i conflitti dati da queste influenze: i sintomi psicosomatici, le malattie, i comportamenti ripetitivi che possono condurre a drammi, scacchi, suicidi, fallimenti, incidenti, sono connessi a ripetizioni di destini e di relazioni con le diverse generazioni dello stesso clan familiare.

ANNE ANCELINE DE SHÜTZENBERGER: LA SINDROME DEGLI ANTENATI

Anne Anceline de Schützenberger, allieva di Jacob Levi Moreno e Françoise Dolto, ha lavorato al fianco di Gregory Bateson e Carl Rogers. Ai suoi studi si deve lo sviluppo della tecnica del genosociogramma, strumento d'indagine dell'albero genealogico, che evidenzia ripetitività e relazioni tra eventi, situazioni drammatiche o problematiche e date e ricorrenze durante le quali si sono svolti gli eventi stessi. Da questa scoperta è stato coniato il concetto di sindrome dell'anniversario, che definisce una possibile tendenza a creare ripetizioni di destini in varie generazioni dello stesso sistema. Si cerca quindi di individuare possibili legami sotterranei ed inconsci che agiscono nell'immaginario della persona e cogliere quali possono essere quei fili invisibili che mantengono la persona in risonanza con particolari personaggi della sua storia familiare. L'analisi della comunicazione analogica, della tipologia delle informazioni trasmesse, il delinearsi modelli di riferimento che si cristallizzano in un sistema, nel rispetto di determinate regole inconsce, sembrano portare alla luce l'esistenza di dinamiche che catalizzano il perpetuarsi di certe situazioni nello stesso sistema e contribuiscono a creare un vincolo nascosto nel sistema.

NICHOLAS ABRAHAM E MARIA TOROCK: LA TRASMISSIONE TRANS-GENERAZIONALE

La psicoanalisi si lega alla psicoterapia Trans-Generazionale negli autori Nicolas Abraham e Maria Torock, che hanno esplorato il campo delle trasmissioni dei conflitti irrisolti all'interno delle famiglie, ricercando le cause ancestrali di morti premature e

scelte professionali, lavorando sulle faide e le vendette, valutando gli effetti dei segreti di famiglia nella vita dei discendenti su più generazioni. Sulla stessa scia si pongono altri clinici come Lebovici e Tisseron che parlano di Angelo e Fantasma, di Mandati Trans-Generazionali e di Trasmissione d'immagini mentali attraverso le generazioni. Nicholas Abraham e Maria Torock, hanno riscontrato ripetutamente come le persone compiano atti o pronuncino frasi come se non fossero le loro, come se qualcuno agisse attraverso di loro. In questi casi è stata formulata un'ipotesi di quello viene definito un fantasma transgenerazionale bloccato nel sistema. Quando un'esperienza traumatizzante impedisce ad una generazione il lavoro di elaborazione psichica, si produrrà una scissione che rappresenterà la preistoria del soggetto e il tentativo compensatorio di recupero del trauma si potrà manifestare nella rappresentazione, negli affetti, nel comportamento e nel corpo. La fonte di trasmissione transgenerazionale sarebbe primariamente da ricercare nell'unità duale madre-figlio. Già in utero, il bambino riceve un certo numero di messaggi; la Schützenberger osserva come già a partire dal settimo mese della gravidanza il feto comincia a sognare attraverso la madre: il bambino farebbe gli stessi sogni della madre e, attraverso questi, avrebbe accesso al suo inconscio. Questa intuizione si riallaccia alle ipotesi di Françoise Dolto, in base alle quali l'inconscio della madre e del bambino sarebbero legati: il bambino sa, indovina e sente le cose di famiglia su due o tre generazioni.

**IVAN BOSZORMENYI NAGY:
LEALTÀ INVISIBILI**

Il secondo ambito in connessione alla psi-

coterapia Trans-Generazionale è l'approccio sistemico della Terapia della Famiglia della scuola di Palo Alto, che sviluppa la teoria del Doppio Legame o Ingiunzione Paradossale: questo tipo di comunicazione patologica tende a tramandarsi da una generazione all'altra. Sempre in ambito sistemico, sono di rilievo gli studi clinici della scuola Sistemica Strategica di Filadelfia, nell'autore di Ivan Boszormenyi Nagy: egli approfondisce il concetto di giustizia sociale, definendo la natura particolare del rapporto con i genitori, attraverso i quali il figlio riceve la vita, sviluppando un legame di lealtà familiare comprendente diritti e doveri per entrambi. Il mancato riconoscimento e godimento dei diritti e la disobbedienza ai doveri naturali, insiti nel vincolo d'amore, crea una serie di debiti e crediti affettivi che si trasmettono da una generazione all'altra, obbligando i discendenti a ripristinare la giustizia perduta o tradita dagli antenati. Il concetto di lealtà familiare sviluppato da Ivan Boszormenyi-Nagy e le leggi di appartenenza, della coscienza collettiva e ordine sociale sviluppati da Rimmel, Gurvitz, Durkeim, Weber e Parson, sono di primaria importanza per comprendere quali siano i bisogni inconsci individuali di una persona all'interno di un sistema, quali siano i principi e le leggi del sistema che mantengono l'ordine e l'equilibrio e come le norme e leggi possano essere comunicate, trasmesse e radicarsi nella coscienza individuale e collettiva. Ivan Boszormenyi-Nagy sostiene che ogni famiglia non finisce in se stessa, perché dietro il padre e la madre, c'è un lascito dalle rispettive famiglie di origine, verso cui viene mantenuta una forma di devozione. La creazione di un nuovo nucleo sarà tanto più difficile quanto più forte è il senso di appartenenza alla famiglia di origine, che ostacola

l'accettazione di altre discendenze. Una famiglia, quindi, è sempre popolata da molte più persone di quante possano essere fisicamente presenti in quel momento. Le lealtà invisibili sono parte integrante dei rapporti familiari e la lealtà familiare non indica una disposizione individuale, ma una forza sistemica, funzionale al mantenimento del gruppo multigenerazionale, un invisibile tessuto di aspettative che lega tutti i suoi membri e trova fondamento nella consanguineità, nel mantenimento della vita biologica, nella discendenza e nel merito guadagnato. L'interiorizzazione delle aspettative influenza la struttura psicologica dell'individuo e crea il cosiddetto computo individuale che permea le esperienze, le sensazioni, i pensieri, i desideri del soggetto. Tale computo diventa coercitivo quando il membro, più o meno consapevolmente, sacrifica la sua esistenza a interessi e scopi non derivanti dalla sua individualità, ma dalle priorità di altri. La componente dell'obbligo è molto importante perché, in caso di inadempimento, porta con sé il senso di colpa, funzionale alla conservazione del sistema familiare. Esiste nelle famiglie un bilancio invisibile che contabilizza gli obblighi passati e presenti e influenza la consegna di ruoli e di aspettative.

BERT HELLINGER: LE COSTELLAZIONI FAMILIARI

Importante e irrinunciabile è l'apporto dato dall'approccio interpretativo del terapeuta tedesco Bert Hellinger, da lui stesso definito sistemico-fenomenologico, cioè fondato sull'osservazione empirica delle regole del sistema nella pratica delle Costellazioni Familiari. È attraverso il lavoro delle Costellazioni Familiari, come metodo di indagine delle percezioni a proposito di sé e del sistema che ci circonda, che Bert Hellinger

fornisce un portentoso strumento di comprensione delle nostre convinzioni sane, delle nostre convinzioni malate, ancor più, di ciò in cui è utile credere e di ciò in cui è del tutto inutile e nocivo credere. L'inchiesta transgenerazionale guida la persona tra i rami del suo albero genealogico, alla scoperta dei nodi ereditari che impediscono la realizzazione dei suoi obiettivi. Aiuta a sciogliere i divieti e i sensi di colpa che limitano l'espansione del vero sé. Consente di prendere il giusto posto nell'ordine sistemico e di ridare ai membri della famiglia il giusto posto nel cuore. Conduce infine ad onorare la vita e coloro che l'hanno donata con un atto di amore, e quindi a poter prendere quell'eredità di forza, intelligenza, coraggio e grandezza che gli antenati hanno a donare ai discendenti con amore. Come per il filosofo Martin Heidegger, la base del lavoro di Bert Hellinger risiede nella sua insistenza sul vedere ciò che è (opposta alla cieca accettazione di ciò che ci viene detto) e in combinazione con una non vacillante lealtà e fiducia nella propria anima. Hellinger (2006) ritiene che la vita di ognuno sarebbe condizionata da irretimenti del sistema-famiglia, che potrebbero essere portati alla luce attraverso il processo delle costellazioni familiari. Essere irretiti significa prendersi il destino di un altro, a propria insaputa. E per amore. Se dalla rappresentazione senza copione predefinito scaturiscono miglioramenti, ciò è determinato dal riconoscere ciò che è; i cambiamenti avvengono, infatti, su piani e tempi non immediatamente riconoscibili. La costellazione non cura le malattie, ma cura l'anima e rimette in ordine le cose fuori posto nell'animo individuale e familiare. Consente di mettere ordine. Le malattie esprimono spesso problemi interiori e disordini sistemici, sono un tentativo del sistema

corpo-anima-spirito di allentare la tensione che deriva da questo disordine.

LA META GENEALOGIA DI ALEJANDRO JODOROWSKY

Aleandro Jodorowsky, noto artista cile-no poliedrico ed eclettico, rinomato come poeta, scenografo, regista, mimo, attore, contribuisce alla psicogenealogia non tanto per il suo operare come psicanalista sui generis senza blasoni, ma più per l'utilizzo di simboli inconsci che agiscono sempre nel nostro vivere. Nel lavoro di Jodorowsky si attuano azioni terapeutiche attraverso l'uso dell'arte e di atti che permettono di accedere all'energia dei simboli, riserva ancestrale inaccessibile alla mente conscia. La meta-genealogia di Jodorowsky è un metodo di analisi dell'albero genealogico e si propone di conciliare gli opposti apparenti, collocandosi nel punto in cui si congiungono: dove la razionalità collabora con l'irrazionalità, dove la scienza danza con l'arte, dove la parola chiaroveggenza significa sia intuizione che lucida presenza. Questa disciplina suggerisce di intendere la malattia come una mancanza di bellezza e di coscienza e che la guarigione consista nel divenire autenticamente consapevoli delle dinamiche del proprio clan familiare, al fine di poter vivere, creare, essere e amare consapevoli e liberi dai tranelli, pregiudizi, deviazioni e blocchi che appartengono alle generazioni precedenti e che rivivono nella storia presente della persona. La modalità psicogenealogica di aiuto di Aleandro Jodorowsky è stata sviluppata e maturata fuori dall'ambito della ricerca clinica ed è stata particolarmente influenzata sia dall'incontro con la guaritrice messicana Paquita (con la quale Aleandro apprende modalità di suggestione atte a sbloccare le forze guaritrici

del paziente) sia dal percorso svolto accanto allo sciamanesimo di Carlos Castaneda: parliamo di Psicomagia. Le idee di Jodorowsky (2011) in merito alle influenze dell'albero genealogico sono precise: *“Tutti siamo marcati, per non dire contaminati, dall'universo psicomentale dei nostri antenati. Così, molti individui, fanno propria una personalità che non è la loro, ma che proviene da uno o più membri della loro cerchia affettiva. Nascere in famiglia è in qualche modo essere posseduti e tale possessione si trasmette di generazione in generazione. La persona stregata si converte in stregone, proiettando sui figli ciò che prima era stato proiettato su di lei, a meno che non acquisti consapevolezza di tale funzionamento, rompendo il circolo vizioso”*².

Dall'arte alla Terapia

Alejandro Jodorowsky nasce il 17 febbraio del 1929 nel nord del Cile, a Tocopilla, da una famiglia ebrea di origine russa fuggita dalle persecuzioni in Ucraina. Nel 1939 si trasferisce con la famiglia nella capitale Santiago dove, anni dopo, inizierà studi universitari di filosofia, pedagogia e psicologia, abbandonandoli in seguito per seguire le sue naturali inclinazioni che lo porteranno lontano dalle istituzioni accademiche ufficiali. L'inizio del percorso di ricerca di Alejandro verso la metagenealogia, ha inizio nel 1950 in Cile, quando inizia a dedicarsi a rappresentazioni teatrali di psicodramma attraverso l'uso delle marionette: crea pupazzi che rappresentano sua madre, suo padre, sua sorella e gran parte della sua famiglia e li utilizza come rappresentazione psicodrammatica della sua storia familiare. In seguito, inizia ad interessarsi dell'espressione corporea, pensando che se i sentimenti provocano una determinata postura fisica allora

una postura fisica avrebbe potuto provocare emozioni. Crea un metodo di espressione mimica che inizia con una angosciata posizione fetale (desiderio di morire) e finisce con un essere umano realizzato e libero, con le braccia spalancate per unirsi al cosmo (gioia di vivere). Sperimentando su di sé certi movimenti fisici, osserva il ridestarsi della sua rabbia contro il padre, il dolore del distacco che gli avevano trasmesso i nonni emigrati, l'angoscia per il fatto che la madre avrebbe voluto interrompere la gravidanza: e così il mimodramma inizia a trasformarsi in una terapia attraverso il corpo e, a vent'anni circa, l'arte diventa per Alejandro una pratica e una ricerca orientata alla liberazione da pregiudizi e appartenenze imprigionanti, verso l'emersione di un essere umano autenticamente connesso e presente a sé. Nel 1953 si trasferisce a Parigi per lavorare con il mimo Marcel Marceau, la cui pantomima lo stimola a ricerche sullo yoga tantrico e i chakra, sulla Medicina Tradizionale Cinese e i relativi Meridiani Corporei. Nello stesso periodo inizia la lettura febbrile delle opere di Sigmund Freud, Sándor Ferenczi, Melanie Klein e Wilhelm Reich. I corsi di Bachelard sull'analisi degli elementi primordiali come l'acqua, il fuoco, la terra e lo spazio, lo avvicinano al campo dell'Alchimia. Il desiderio di trovare metodi di guarigione lo spinge ad abbandonare il teatro per tenere spettacoli improvvisati in accademie di pittura, cimiteri, ricoveri per anziani, autobus in movimento, piazze pubbliche; non più con attori dissolti nel loro personaggio, ma con esseri umani che cercano una via d'uscita dalle difficoltà e problematiche personali, improvvisando di fronte a spettatori attoniti le proprie paure. Nasce così la Psicomagia, una tecnica terapeutica che consiste nell'inscenare nella vita quotidiana un atto curativo,

simile ad un sogno, per liberarsi da blocchi inconsci; usando la definizione di Alejandro Jodorowsky (2011): *“la parola non risolve un problema, non lo cura; occorre sedurre i blocchi inconsci attraverso atti di natura teatrale o poetica, che si realizzano in modo simbolico e metaforico attraverso il corpo”*.

Secondo Jodorowsky, lo sguardo dell'artista compensa e arricchisce quello del medico, dotandolo degli strumenti necessari alla cura. Il paziente, per poter guarire, dev'essere quello che è davvero, ossia liberarsi da un'identità acquisita: quello che gli altri hanno voluto che lui fosse. È impossibile raggiungere questo obiettivo con se stessi se non si conosce il lascito materiale e spirituale dell'albero genealogico. Se si riduce l'essere umano ad un insieme immutabile, ad un reificante corpo-oggetto da analizzare e curare attraverso logiche scientifiche e razionalizzanti, egli non è altro che un cadavere; a tal proposito Jung (1965) aggiunge: *“La gente è stanca della specializzazione scientifica e dell'intellettualismo razionalista. Vuole ascoltare una verità che non restringa gli orizzonti e le categorie, ma che li allarghi, che non scivoli addosso come acqua ma che penetri, commuovendo, fin nelle ossa”*. Come osserva Restori (2013), per allargare gli orizzonti e le categorie, avvicinandosi a relazioni consapevoli e non istruttive, è importante allontanarsi dalla concezione di un dualismo mente-corpo, che conduce a unire separando e a imprigionare in paradossali ricorsività: *“le sensazioni del corpo in relazione sono il nostro sestante più prezioso. Se ci spostiamo verso un paradigma di non-dualità possiamo considerare la mente e il corpo come esperienze epistemiche che originano da organi sensoriali differenti,*

ma che vivono integrati all'interno di una mente-corpo inter-relata in modo ricorsivo e circolare. Il sé del terapeuta può così divenire non tanto una posizione concettuale, narrativa, ma una percezione delle proprie sensazioni in terapia, soprattutto corporee. È soprattutto attraverso questo riconoscimento delle proprie sensazioni, i minimi segnali del corpo, che possiamo sintonizzarci con l'altro e restituire all'altro la sensazione di essere visto, e quindi di esistere” (Restori, 2013, p.7-13).

FONDAMENTI DELLA TEORIA JODOROWSKIANA: IL TAPPETO MAGICO

Una delle strutture su cui si fonda il viaggio iniziatico verso l'esplorazione dell'albero genealogico, è l'apporto dei Tarocchi di Marsiglia, strumenti utilizzati per connettere e riflettere simbolicamente sulle dinamiche famigliari. La struttura simbolica dei tarocchi si presenta come uno specchio della realtà umana e cosmica, fisica e psichica e rappresenta una lente di comprensione della realtà umana incontrata nella relazione terapeutica. La visione evolutiva insita in questo strumento, è riassumibile in una numerologia dinamica con diversi gradi dei cicli evolutivi umani; attraverso dieci fasi si può ricostruire l'intero processo di crescita che va dalla potenzialità non ancora realizzata fino alla totalità pienamente dispiegata e realizzata nel percorso umano di crescita. Potenzialità-Forza è la fase del seme da cui potrà generarsi l'albero futuro, la fase in cui tutto è in potenza realizzabile; la stagnazione in questa fase può significare un non inizio o un inizio bloccato. Gestazione-Sospensione è una tappa di accumulo in uno spazio protetto, come nel caso del seme all'interno della terra o del feto nel grembo materno; la

stagnazione implica un soffocamento alle radici, un'impossibilità di nascere. *Esplosione creativa o distruttiva* è una prima azione senza alcuna esperienza; è il seme che germoglia o la pubertà che trasforma il corpo, ma anche lo sbarazzarsi di ciò che è inutile. È l'azione attuata senza che sia evidente un'azione cosciente. Questa dimensione, implica una continua esplosione, improduttiva, aggressiva e invadente. Stabilità-Equilibrio riguarda il consolidamento nel mondo e le condizioni di vita esistono nel presente, sono tranquillizzanti, protettive e adulte. La stagnazione o regressività di questa fase può implicare dittatorialità, coercitività e rigidità. *Tentazione-Sguardo Nuovo* concerne le esplorazioni, attuate per abbandonare ciò che è noto per dirigersi verso nuovi orizzonti. La stagnazione si situa nell'ambivalenza dell'inganno, dell'imposizione e della morte. *Bellezza-Gioia* è un livello in cui si è superato il confine rigido della sopravvivenza e della sicurezza, per sfociare in una nuova concezione della vita, che si apre e si focalizza nella bellezza. In ambito vegetale corrisponderebbe alla fioritura: il fiore, l'estetica, il colore e il profumo che preparano alla nascita del frutto. La stagnazione corrisponde ad una cristallizzazione nel narcisismo compiacente, che potrà seccare senza fruttificare. *Azione nel Mondo* significa che la sintesi dell'esperienza delle fasi precedenti sfocia in una forte azione non solo individuale e priva di esperienza, ma anche collettiva e saldamente ancorata al mondo. L'energia di questo livello è giovane per la potenza insita in essa, ma è matura perché sa dove dirigersi. La stagnazione di questa fase, può coincidere con l'azione per l'azione, ossia la distruttività dell'ego. Perfezione: come un feto a otto mesi è completamente formato e sta per

nascere, così questo livello rappresenta una perfezione che si dispiega, come un orizzonte di qualsiasi azione, senza il bisogno di agire. La regressività o stagnazione di questa fase potrebbe includere la tendenza al perfezionismo e all'immobilismo. Crisi di Transizione rievoca l'abbandono della perfezione per entrare in un nuovo mondo ancora sconosciuto; è il momento in cui una crisi annuncia l'arrivo di un nuovo ciclo, come il neonato che sta per nascere o il frutto maturo che sta per cadere dall'albero.

Fine di un Ciclo-Inizio del Ciclo Seguento è il numero dieci della tarologia, è la totalità realizzata in cui l'energia è sintonica all'esperienza. Simboleggia il momento in cui la crisalide è lacerata con la farfalla che sta per nascere o il bambino che impara a respirare dalla madre pur ancora unito al cordone ombelicale. A volte è necessario accettare un aiuto esterno per passare ad un nuovo ciclo. La regressione in tale fase implica l'incapacità di collocarsi in una dinamica evolutiva e pertanto un blocco del ciclo esperienziale-evolutivo. Le fasi evolutive s'intrecciano e trovano una dimensione connettiva nei quattro elementi o simboli in cui si dividono gli Arcani Minori dei Tarocchi. Non si tratta di entità monolitiche ma di energie dinamiche ciascuna con un linguaggio proprio e interconnesso. L'**Intelletto** (Spade-Aria), ossia i pensieri razionali, le credenze, le concezioni, i pregiudizi e in generale le lenti con cui si pensa e si vede il mondo. Il **Centro Emozionale** (Coppe-Acqua), che riguarda gli affetti e la varietà di emozioni che possono vincolare, connettere e separare dagli altri, l'apprendimento individuale delle relazioni. Il **Centro Sessuale Creativo** (Bastoni-Fuoco), è la gamma dell'attività sessuale e creativa che consiste nel generare un progetto. Il **Centro Materia-**

le (Ori-Terra) è tutto ciò che mantiene la materia in vita, è il corpo, è il territorio su cui si agisce e si vive. L'utilizzo dei Tarocchi di Marsiglia è la prima fase nell'esplorazione dell'albero genealogico. Dopo aver fatto scegliere al consultante otto carte dal mazzo dei ventidue Arcani Maggiori dei Tarocchi, queste vengono poste su un "**tappeto magico**" diviso in otto sezioni: le sezioni in basso rappresentano i bisogni materiali, via via più in alto sono presenti i conflitti creativi, la vita emozionale e le idee-pregiudizi nella vita. Il tappeto rappresenta metaforicamente una divisione delle parti del corpo: una linea verticale divide il tappeto in un lato sinistro (energie ricettive) e in un lato destro (energie attive), mentre tre linee orizzontali lo dividono in quattro parti, che divengono otto grazie alla linea verticale. La parte superiore rappresenta metaforicamente la testa, quella immediatamente sotto il petto, la terza i fianchi e la zona pelvica, la quarta le gambe e i piedi. Le diverse sezioni sopra le quali sono posti i tarocchi scelti dal consultante, vengono esplorate dettagliatamente. La seconda fase del lavoro sull'albero genealogico si svolge attraverso un lavoro di gruppo, in cui il gruppo è al servizio del consultante: si tratta della teatralizzazione dell'albero genealogico e dei nodi famigliari che la prima fase ha consentito di far emergere. Il consultante sceglie i rappresentanti dei membri della famiglia e li organizza in posizioni specifiche nello spazio: i famigliari assenti o sconosciuti lontano da sé e dagli altri membri; quelli importanti o dominanti su una sedia; quelli che, disprezzati, avevano trasmesso solamente il nome o cognome, di spalle; i bambini morti prima di nascere sdraiati sul pavimento in posizione fetale; quelli che si amano, vicini; quelli che si odiano, separati e leggermente lontani.

Una volta formato il gruppo, il consultante cerca la propria posizione all'interno e resta in ascolto di come si sente in quella posizione: è a questo punto che iniziano ad emergere i problemi di adattamento alla famiglia, come il sentirsi escluso, i debiti, i mandati famigliari e in generale i tipi di relazione e i blocchi con i membri della famiglia. Per consentire che ciò emerga, si chiede di identificare gli antenati, dar loro una voce e conversare con ciascuno, per poter far emergere i problemi relazionali. Si chiede al consultante di offrire a ciascun parente quello che a loro era mancato: ai morti in giovane età, una lunga vita; ai falliti, il successo; ai malati, la salute; ai poveri che non erano stati amati, la prosperità e l'amore; agli esclusi e agli assenti, un posto in famiglia. Mantenendo l'attenzione all'equilibrio dei personaggi nello spazio, si chiede al consultante di riequilibrare le posizioni dei membri: per esempio, far scendere quelli che stavano sulle sedie e sollevare quelli che stavano in ginocchio o sdraiati sul pavimento, per donare così uguale dignità a tutti. A questo punto il consultante deve posizionarsi in un punto del gruppo che lo fa sentire felice e libero. Tutte queste esperienze, hanno come obiettivo il risanamento dell'albero genealogico e il riequilibrio di ciò che impedisce una piena realizzazione di sé.

DAL CORPO FAMILIARE AL CORPO ESSENZIALE

Il lavoro sul corpo e per il corpo è indispensabile per la guarigione dell'albero genealogico. Storia individuale, trasmissioni famigliari, divieti e fantasmi della stirpe, vivono in modo incarnato, alloggiando nell'esistenza fisica quotidiana. Il passato, il presente e il futuro individuale e genealogico costituiscono

no un corpo famigliare: tensioni muscolari, abitudini alimentari, dipendenze, predisposizione a malattie, ma anche immagini di sé e rappresentazioni della propria vita, derivano da un corpo famigliare, ossia dal modo in cui s'incarna la nostra personalità acquisita e costruita nelle generazioni. Il corpo, parte effimera e destinata a scomparire, concessa per un tempo in questa vita, è quindi il depositario di una saggezza immemorabile. Un primo obiettivo del lavoro sul corpo, è il recupero di una sensazione volontaria di sé, vale a dire la possibilità, attraverso esperienze indotte volontariamente, di connettersi ad una consapevolezza corporea e appropriarsi di sensazioni e percezioni coscienti; ciò significa sentirsi liberi e pienamente consapevoli dell'identità corporea e di sé acquisita dall'albero genealogico e volgere lo sguardo ad una coscienza di corpo essenziale. Un esercizio individuale per lavorare sul corpo famigliare e direzionarsi verso il corpo essenziale, si chiama chi abita nel mio corpo. Sdraiati sulla schiena e tenendo accanto una copia dell'albero genealogico con i nomi e cognomi degli antenati, per sentirsi simbolicamente accompagnati e connessi a loro, occorre chiudere gli occhi e percorrere mentalmente tutte le regioni del proprio corpo: il viso, le membra, la muscolatura, gli organi e le ossa dello scheletro. Ad ogni tappa, si presta attenzione al relativo distretto corporeo e ci si pone la domanda "chi abita ancora qui?", lasciando che la risposta emerga naturalmente, senza forzarne la ricerca. È possibile che gli antenati o memorie frammentarie dell'albero genealogico, risiedano in molti punti del corpo. Nel momento in cui si entra in contatto con un personaggio, una frase, una percezione o un episodio, si deve restare ancorati alla sensazione tra-

smessa dal corpo. Il lavoro individuale sul corpo, di cui la tecnica *chi abita nel mio corpo* ne è un esempio, risulta un importante lavoro preliminare ma non sufficiente. Fin dalla nascita è il modo in cui siamo toccati, accarezzati o puniti a forgiare la sensazione corporea; e il bambino, dipendente da chi lo alleva, apprende i primi scambi corporei anche sulla base del tocco ricevuto e al quale impara gradualmente a rispondere. La regione del corpo che rievoca l'interdipendenza fra gli esseri umani è un punto della schiena situato tra le due scapole, un punto che non si riesce ad accarezzare da soli (a meno di essere dotati di una flessibilità eccezionale). Nella mitologia nordica, è il solo punto del corpo dell'eroe Sigfrido rimasto vulnerabile. La foglia di Sigfrido è quella zona del corpo in cui la mano materna sorregge il neonato nei primi istanti di vita e per l'adulto è un punto cieco: è il luogo in cui la ricezione emozionale di un gesto di conforto, tocca più direttamente e intensamente. Qualsiasi relazione che coinvolga il tatto, rimanda a un intervento esterno su tale punto, alla parte di noi che dipende dall'altro per conoscersi. Nell'ambito della Kinesiologia Applicata, la foglia di Sigfrido è il punto che si associa al Meridiano Yin, il meridiano del polmone; come la vita inizia con il primo soffio, così il meridiano del polmone dà inizio alla circolazione elettromagnetica del ciclo dei meridiani. Le funzioni respiratorie influenzano tutti i cicli del corpo, inclusa la circolazione sanguigna. Uno degli esercizi proposti da Aleandro Jodorowsky, per sviluppare un tocco essenziale e consapevole e sviluppare la coscienza del tatto, l'ascolto, la finezza e la capacità di sentire e indurre sfumature emozionali coscienti, è il *suono del cuore*: consiste nel far ascoltare il proprio cuore e ascoltare il cuore di un al-

tro significativo, con l'orecchio direttamente incollato al petto (il primo ritmo che ascoltiamo è il battito del cuore della madre). Dall'ascolto del battito cardiaco, si passa al tocco del cuore dell'altro e all'abbraccio, mantenendo l'attenzione sul battito cardiaco ma estendendola anche all'esperienza tattile. Rispetto a questa esperienza reciproca, è importante mantenere l'attenzione su come ci si sente quando si offre il proprio cuore all'altro, come ci si sente toccati e come si vorrebbe essere toccati, sostenuti e accompagnati. Il tocco cosciente serve, inoltre, a rivelare che l'altro non percepisce il nostro corpo così come il consultante se lo immagina, consentendo così un distacco dal modo abituale e automatico di percepire e lo svelamento del corpo essenziale.

Un'ulteriore tecnica di guarigione dell'albero genealogico, è lo *psicorituale di rinascita*: si tratta contemporaneamente di un atto di psico-magia, ossia una sceneggiatura teatrale e metaforica ben precisa e individualizzata, che il consultante deve drammatizzare, ma al tempo stesso di un massaggio iniziatico, ossia attuato con la collaborazione di persone che si mettono al servizio del consultante. Il consultante, che interpreterà il ruolo del bambino, sceglie due collaboratori, che rappresenteranno i genitori metaforici. Nel ruolo degli archetipi genitoriali, i collaboratori devono vestirsi in bianco, nero o beige, senza ornamenti inutili, né profumi intensi; il tutto in funzione del consultante, che dovrà dapprima proiettare sulla coppia dei collaboratori i genitori reali e in seguito quelli ideali. La stanza in cui svolgere questo psicorituale deve essere neutra, con colori rilassanti e una temperatura adeguata. Le tappe da percorrere sono nove: confronto, morte simbolica dei genitori, nascita dei genitori archetipi, concepimento, annidamen-

to, gestazione, parto, allattamento e cure al neonato, autonomia. Senza addentrarsi nello specifico di ogni fase, è fondamentale concentrarsi sul processo. Nel confronto con i genitori, vestito di abiti vecchi, il consultante esprime liberamente i propri malesseri, lamentele e paure; i genitori esplicitano verbalmente un'accoglienza incondizionata e non giudicante delle parole del figlio. La drammatizzazione della morte dei genitori, rappresenta la morte degli elementi tossici del rapporto genitori-figlio ed è suggellata dalla chiusura nella busta nera delle foto dei genitori. Da questo punto in poi, le fasi successive rappresentano la nascita, l'allevamento primario e la cura nei primi mesi di vita, come tentativo corporeo di attivare una memoria alternativa dell'esperienza di nascita e di crescita. I genitori chiedono al figlio come vuole chiamarsi, esprimono verbalmente gioia e accoglienza per la nascita, connotano positivamente ogni movimento e gesto del figlio appena nato, realizzano nella drammatizzazione una nuova nascita, libera dai vincoli tossici dell'albero genealogico: si tratta di un'esperienza liberante e direzionata al benessere emozionale e corporeo. Nell'ultima fase, quella dell'autonomia, il consultante si riveste con gli abiti nuovi presenti nella valigia e si congeda dai genitori, scegliendo se essere accompagnato da loro per un tratto del cammino. Al termine della drammatizzazione, il consultante dovrà seppellire in terra le fotografie dei genitori contenute in una busta nera e i due semi delle piante scelti precedentemente; sulla superficie della terra ricoperta, dovrà piantare un vegetale già germogliato, a simbolo di una crescita istantanea di una vita nuova, costruita sul passato genealogico reso consapevole e trasformato.

CONCLUSIONI

Nel sovrapporsi dei vari approcci, nei quali si situa il nucleo argomentativo della psicogenealogia, è utile soffermarsi sugli elementi comuni. L'approccio sistemico-relazionale potrebbe essere visto come un ponte verso la psicogenealogia, come un modello primario che pone l'attenzione su un campo di coscienza trigenerazionale e che coglie l'entità complessa dell'individuo. Utilizzando le parole di Andolfi (2002), si potrebbe affermare che: *“soltanto inserendo una terza dimensione alla prospettiva di osservazione è possibile cogliere gli aspetti più articolati delle relazioni; i rapporti interni ad un modello trigenerazionale, consentono di vedere l'individuo come entità complessa, cogliendo i nessi fra i comportamenti e i vissuti attuali con le sensazioni antiche, altrimenti avvertiti come frammentari e non correlati”*. Schützenberger (2011), che utilizza il genosociogramma quale rappresentazione grafica delle relazioni e dei legami psicogenealogici, evidenzia come un individuo sia, in fondo, meno libero di quanto creda, poiché prigioniero di un'invisibile ragnatela di cui egli è semplicemente uno degli artefici. Anche Mischczyszyn (2008), trova le radici del disagio psicologico, delle difficoltà emozionali o dei problemi relazionali, nei divieti e nelle carenze appresi nel sistema familiare, causati da ingiustizie, privazioni, accadimenti familiari, avvenimenti drammatici. L'albero genealogico sembra voler “parlare” anche durante l'utilizzo delle costellazioni familiari; scrive, infatti, Ulsamer (2000): *“questa è una delle più significative scoperte di Hellinger: i bambini possono provare gli stessi sentimenti o assumere comportamenti simili a quelli dei loro antenati. Spesso rimangono attaccati per tutta la vita a sentimenti e comportamenti*

che, di fatto, non sono i loro. Questi legami d'irretimento possono influenzare in modo invisibile una persona o addirittura dominarla; fedeli ai genitori, ne ripetono il destino e le disavventure, perché non obbedire a questo copione significherebbe perpetrare un tradimento". La famiglia, il clan, rappresentano un sistema che si perpetua nelle generazioni mantenendo l'equilibrio tra due opposte tendenze morfogenetiche e morfostatiche. La famiglia, nel corso delle generazioni, è un sistema dinamico governato da regole precise: ad una disarmonia avvenuta in un dato momento, segue una reazione tra i membri tesa a ristabilire l'equilibrio. I figli rappresentano i componenti del gioco destinati al ripristino dell'equilibrio. Uno dei punti essenziali per la guarigione in terapia, è quindi attribuire un nuovo significato alla storia del paziente, contribuire all'emersione di una piena consapevolezza delle dinamiche familiari, consentendo così di iniziare una nuova trama narrativa degli eventi. Non è tanto importante, quindi, identificare, evidenziare ed isolare il contenuto "reale" del vissuto transgenerazionale della famiglia (miti, regole, riti, segreti), quanto il significato che esso assume nelle relazioni attuali del paziente. La prospettiva di Alejandro Jodorowsky, di cui attualmente il figlio Cristóbal si fa portatore di continuità attraverso l'utilizzo specifico di atti psicomagici individualizzati, si connette alle premesse epistemologiche descritte. L'utilizzo dei Tarocchi di Marsiglia e degli atti psicomagici drammatizzati, sono gli elementi centrali del suo metodo di esplorazione e di guarigione dell'albero genealogico. Attraverso le rappresentazioni simboliche dei Tarocchi di Marsiglia, di cui la tecnica del "tappeto magico" è un esempio, si attua una prima indagine conoscitiva, volta a far

emergere le problematiche del consultante e la connessione tra esse ed il funzionamento trigerazionale della sua famiglia. La componente simbolica dei tarocchi, prevale su quella strutturale e certamente non è presente un utilizzo in chiave divinatoria o chiaroveggente. Il loro utilizzo è conoscitivo ed è preliminare alla "somministrazione" di atti psicomagici drammatizzati. Le immagini degli Arcani maggiori dei tarocchi rappresentano archetipi simbolici, ossia modelli generali di funzionamento e di comportamento, da comprendere però nella storia personale del consultante; utilizzati come strumento esplorativo, possono consentire un più facile accesso al funzionamento psicologico del consultante, ai nodi e blocchi familiari da sciogliere. Attraverso il successivo utilizzo dell'atto psicomagico, si realizza pienamente l'incontro tra sciamanesimo e psicologia. Per atto psicomagico si può intendere una particolare tecnica di soluzione dei problemi, dei nodi e dei conflitti esistenziali basata su una drammatizzazione emotivamente connotata, che si rivolge alla mente umana sfruttando il canale metaforico-simbolico. Scrive Cristóbal Jodorowsky (2010): "Secondo i principi della psicomagia, le pulsioni e i desideri non si devono sublimare, accettare o accomodare, ma realizzare. Essi sono come una freccia, un proiettile con un percorso che, anziché essere sviato, viene condotto alla meta liberante dal circolo vizioso. È fondamentale che l'atto avvenga contemporaneamente su due piani diversi: quello razionale, in cui si percepiscono gli eventi letteralmente ma sapendo che si tratta di un gioco metaforico, consentendo così di evitare la colpa, perché tutto è simbolico; quello metaforico, in cui è possibile vivere una realtà non assoluta, in cui l'ostacolo può essere plasmato

e trasformato". L'identificazione del problema e il semplice dialogo verbale relativo al problema stesso, probabilmente non sono forieri di cambiamento profondo: la traduzione in un atto creativo reale, incarnato nel corpo, implica un'azione consapevole e agita rispetto alle dinamiche familiari d'irritamento, una sperimentazione trasformativa e plasmabile in guarigione. Come per altre tecniche di drammatizzazione, tra cui la scultura familiare, lo psicodramma e le costellazioni familiari di Hellinger, gli atti psicomagici sono metodi attivi che coinvolgono il corpo nel processo di consapevolezza, rendendo evidente per il cliente la possibilità di trasformazione. Il lavoro con l'atto è sempre fortemente connotato dal punto di vista emotivo, sia perché già nell'analisi psicogeneologica del consultante il nodo/conflitto/problema risulta rilevante e, utilizzando termini della Gestalt, si stacca dallo sfondo proprio in quanto dotato di tale connotazione emotiva, sia perché le prescrizioni per il compimento dell'atto stesso impegnano notevolmente il consultante, in modo che prescindendo dalle componenti simboliche, lo "costringono" a sperimenta-

re nuove modalità relazionali con gli altri e con le situazioni della sua vita. In conclusione, l'approccio di Alejandro Jodorowsky non può che arricchire il vasto mondo della psicoterapia sistemica integrata, offrendo una visione della realtà che affonda le radici nella storia più antica dell'uomo, recuperandola nel presente a beneficio di interventi di sostegno esistenziale e terapeutico: un'interessante possibilità al servizio di chi, a differenti livelli, è chiamato ad operare per dare una risposta d'aiuto alle problematiche e al disagio di chi di tale aiuto, a qualsiasi titolo, ha bisogno. Un terapeuta artista, nell'aiuto e nella cura degli altri, cura e aiuta se stesso, in un processo di permanente autoguarigione. Pur consapevole dell'impossibilità di guarire l'umanità intera e trasformare il mondo, un terapeuta della relazione può accettare con profonda umiltà l'idea di fornire strumenti terapeutici al servizio dell'altro, coltivati, sperimentati e nati in una interazione consapevole con l'altro. Un processo che non ha mai fine. Il poeta giapponese Yokomitsu Ruchi ha scritto: "Una formica muore di fame in cima ad una torre: la luna è così alta".

Bibliografia

- Abraham N., Torok M. (1975). *La scorza e il nocciolo*. Roma: Edizioni Borna.
- Andolfi M., Angelo C. (2002). *Tempo e mito nella psicoterapia familiare*. Torino: Bollati Boringhieri
- Bateson, G. (1984). *Mente e natura*. Milano: Adelphi.
- Bateson, G. (1972). *Steps to an ecology of mind*. San Francisco: Chandler Publishing Company. [Trad. It.: G. Longo & G. Trautteur (1976). *Verso un'ecologia della mente*. Milano: Adelphi Edizioni].
- Berne, E. (1964). *Games people play: the psychology of human relationships*. New York: Grove Press. [Trad. It.: V. Giuro (1987). *A che gioco giochiamo*. Milano: Bompiani].
- Bertoli, A. (2013). *Psico-Bio-Genealogia: le origini della malattia. L'approccio degli archetipi primari*. Milano: Macro Edizioni.
- Boszormenyi-Nagy I., Spark G. M. (1988). *Lealtà invisibili. La reciprocità nella terapia familiare intergenerazionale*. Roma: Casa editrice Astrolabio-Ubaladini.
- Castaneda, C. (1971). *A separate reality. Further conversations with Don Juan*. New York: Simon & Schuster [Trad. It.: F. Cardelli (1972). *Una realtà separata*. Roma: Casa Editrice Astrolabio].
- Castaneda, C. (1993). *The art of Dreaming*. New York: Harper Collins Publishers. [Trad. It.: F. Bandel Dragone (1993). *L'arte di Sognare*. Milano: Rizzoli].
- Castaneda, C. (1998). *The wheel of time*. Los Angeles: Laugan Productions. [Trad. It.: M. B. Piccioli (1999). *La ruota del tempo*. Milano: RCS Libri].
- Costa M., Jodorowsky A. (2004). *La via del tarot*. Claire Médaisko. [Trad. It.: M.F. Parolo (2005). *La via dei tarocchi*. Milano: Feltrinelli Editore].
- Costa M., Jodorowsky A. (2011). *Métagenéalogie. La famille: un trésor et un piège*. Madrid: Casanovas & Lynch. [Trad. It.: M.F. Parolo (2012). *Metagenéalogia. La famiglia, un tesoro e un tranello*. Milano: Feltrinelli Editore].
- *Giardinieri, M. (2014). Lo psicosciamanesimo di Cristòbal Jodorowsky: l'incontro tra psicologia e sciamanesimo*. Roma: Armando Editore.
- Gougoud, H. (2009). *Racconti dei saggi suffi*. Milano: Ippocampo.
- Hachet P., Nanchin C., Rand N., Rouchy J.C., Tisseron S., Torock M. (1997). *Lo Psicismo alla prova delle generazioni*. Roma: Edizioni Borna.
- Hellinger, B. (2005). *Der große Konflikt. München: Verlagsgruppe Random House GmbH*. [Trad. It.: M.T. Pozzi. Revisione scientifica: A. Piazza, Zanardi A. (2006). *Il grande conflitto. La psicologia della distrettività e le strade per la riconciliazione*. Milano: Urro-Apogeo s.r.l.].
- Hellinger, B. (2005). *Ein Langger Weg. München: Kösel-Verlag GmbH & Co*. [Trad. It.: M.T. Pozzi. Revisione: A. Piazza (2006). *Il lungo cammino. Intervista con il padre delle costellazioni familiari*. Milano: Tecniche Nuove].
- Hellinger, B. (2006). *Ordnungen des Helfens. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme*. [Trad. It.: M.T. Pozzi. Revisione: A. Piazza (2007). *Gli ordini dell'aiuto. Aiutare gli altri e migliorare se stessi*. Milano: Tecniche Nuove].
- Jodorowsky, A. (2006). *La danza della realtà*. Milano: Feltrinelli Editore.
- Jodorowsky, A. (1997). *Le doigts e la lune*. [Trad. It.: C. Marseguerra (2006). *Il dito e la luna*. Milano: Arnoldo Mondadori Editore S.P.A.].
- Jodorowsky, A. (2007). *Psicoposta: consigli psicomagici per la cura dell'anima*. Roma: Castelvecchi Editore.
- Jodorowsky, A. (1997). *Una terapia panica*. Milano: Feltrinelli Editore.
- Jodorowsky, C. (2010). *Il collare della tigre*. Milano: TEA.
- Jung, C.G. (1965). *La libido, simboli e trasformazioni*. Torino: Boringhieri.
- Lacan, J. (2005). *I complessi familiari nella formazione dell'individuo*. Torino: Piccola Biblioteca Einaudi.
- Mischyszyn, A. (2008). *Il potere delle radici*. Milano: Urro Edizioni.
- Restori, A. (2013). *Embodiments: il corpo in relazione*. Cambia-Menti, Rivista dell'Istituto di Psicoterapia Sistemica Integrata, 1/2013, p.7-13.
- Schützenberger, A. A. (2011). *La sindrome degli antenati. Psicoterapia transgenerazionale e i legami nascosti nell'albero genealogico*. Roma: Di Renzo Editore (collana Psiche).
- Schützenberger, A. A. (2011). *Psicoge-*

nealogia: guarire le ferite familiari e aiutare se stessi. Roma: Di Renzo Editore (collana Psiche).

- Schützenberger, A. A. (2007). *Una malattia chiamata genitori.* Roma: Di Renzo Editore
- Ulsamer, B. (2000). *Senza radici non si*

vola. La terapia sistemica di Berth Hellinger. Latina: Edizioni Crisalide.

- Watzlawick P., Weakland J.H., Fish R. (1974). *Change: la formazione e la soluzione dei problemi.* Roma: Astrolabio.



Diversamente occupabili: una panoramica sull'inserimento lavorativo in un'ottica integrata

di Alessandra Zanichelli (allieva II anno)

Sommario

Affrontare il tema dell'inserimento lavorativo è tanto complesso quanto interessante poiché mette in campo una serie di tematiche che investono la persona nella sua globalità (aspetti sociali, economici, psicologici, affettivi..).

Il lavoro, inteso non semplicemente come applicazione di una tecnica appresa, costituisce un'attività complessa che coinvolge la persona, le sue relazioni familiari, il gruppo sociale in cui l'attività è svolta e la società nel suo complesso.

Per questo ragionare in un'ottica sistemica integrata arricchisce il discorso e permette di adottare più punti di vista contemporaneamente.

In queste pagine si è cercato di far emergere le diverse sfaccettature dei problemi che si possono incontrare lavorando in questo campo. Si sono quindi approfonditi gli aspetti individuali e familiari che entrano in gioco in un percorso di inserimento lavorativo mirato, si è sottolineata l'importanza di una collaborazione di rete tra servizi e la messa in discussione dell'operatore stesso. Questi aspetti vengono poi ripresi in un caso clinico presentato nell'articolo. Tenere conto di questi fattori risulta essere l'unico modo per uscire da un approccio lineare di disabile-lavoro protetto.

Parole chiave

lavoro, disabilità, collocamento mirato, diagnosi, approccio sistemico

Abstract

Addressing the issue of job placement is as complex as interesting because it involves a range of problems that affect the person as a whole (social, economic, psychological, emotional ..).

Job here is not intended as an application of a learned technique, but is a complex activity that involves the person, family relations, the social group in which the activity is carried out and the company as a whole.

For this reason to discuss in a systemic integrated perspective, enriches the matter and allows to take more points of view simultaneously.

On these pages we have tried to bring out the different facets of the problems you may encounter working in this field. We have also deepened individual and family aspects that come into play in a path of disability recruitment targets, and we have underlined the importance of cooperation between network services and the calling into question of the operator. These aspects are tackled in a clinical case presented in the article. Take account of these factors appears to be the only way out of a linear approach of disabled job-protected.

Key Words

job, disability, disability recruitment targets, diagnosis, systemic approach

IL COLLOCAMENTO MIRATO

Nel 1999 la legislazione nazionale (n. 68/99) riconobbe l'importanza dell'inserimento lavorativo per persone disabili, in questa nuova cornice la persona riceve maggiori stimoli da tale esperienza, ma anche la comunità ha il vantaggio di imparare a conoscere la disabilità, scalfendo i pregiudizi nei confronti di questo mondo. È opportuno considerare anche l'aspetto dei costi: se la persona viene messa nelle condizioni di avere un reddito, c'è un notevole risparmio, anche se il suo livello di produttività in alcuni casi può non essere pari a quello di un lavoratore normodotato. Tutto questo porta alla promulgazione della L68/99 che riforma in modo sostanziale il diritto al lavoro per persone con disabilità trasformando le logiche e le modalità dell'inserimento lavorativo (Bombelli, 2008). Le imprese che contano più di 15 dipendenti hanno l'obbligo di assumere persone che abbiano un'invalideria superiore al 45% nella misura di 1 unità se occupano da 15 a 35 dipendenti, di 2 unità se variano dai 35 ai 50, il 7% dei dipendenti totali se questi superano i 50.

Il collocamento mirato ha come finalità la promozione dell'integrazione lavorativa attraverso servizi di sostegno che coinvolgono una rete di soggetti. Per collocamento mirato si intende una serie di strumenti tecnici e di supporto che permettono di valutare adeguatamente le persone nelle loro capacità lavorative e di inserirle nel posto adatto attraverso analisi dei posti di lavoro, forme di sostegno, azioni positive e soluzioni dei problemi connessi con gli ambienti, gli strumenti e le relazioni personali sui luoghi di lavoro.

Per iniziare a ragionare sull'inserimento lavorativo di persone disabili si potrebbe

usare una citazione di Thornicroft (1999) «il trattamento di comunità è uno strumento di erogazione del servizio. Esso può far sì che al paziente venga offerto un trattamento, ma non è il trattamento in quanto tale».

In altre parole non può essere la sede dell'intervento che ne determina i contenuti. Si pensa quindi che un lavoro ad un paziente con un disturbo mentale grave abbia di per sé delle capacità terapeutiche, di contenuto quindi, sia rispetto al disturbo che rispetto alle problematiche psico-sociali correlate al disturbo mentale (stigma, integrazione, reddito). Nella realtà le cose non stanno però esattamente così. Il rischio di questo pensiero, a mio avviso, è quello di tornare a una visione ormai superata della malattia mentale.

Il lavoro in quest'ottica rischia di essere visto solo come puro adattamento e esecutività e non come acquisizione di una capacità mentale di elaborazione sia del contenuto che delle condizioni del lavoro stesso. È terapeutico tutto quello che crea condizioni in cui le persone possano pensare, il lavoro smette di essere il riempitivo del tempo solo quando viene elaborato in termini psichici diventando, piano piano, un percorso attivo verso l'acquisizione di autonomia.

Si deve quindi tenere ben in mente il concetto di collocamento mirato e il superamento di quello obbligatorio.

AL DI LÀ DELLA DIAGNOSI

L'obiettivo di un processo o di un percorso mirato non è semplicemente quello di far corrispondere un lavoro a una diagnosi, ma la restituzione alla persona delle sue vicende e come queste possono essere utilizzate in altri contesti.

È indubbio che le valutazioni diagnostiche siano importanti per quanto riguarda la

parte formale di tutto questo procedimento. L'accesso ai servizi è imprescindibile da una diagnosi e quindi alla costruzione di un progetto in rete con più professionalità e più punti di vista. La descrizione diagnostica proposta dallo psichiatra ha l'oggettività dei "fatti": fatti e dati oggettivi sono i comportamenti del paziente, e il paziente stesso finisce per essere oggettivato in una "somma di dati": i sintomi. Spesso le etichette date ai pazienti sono dei rifugi sicuri dove andare per evitare le frustrazioni e il dolore della realtà. Quante volte la diagnosi viene usata come scusa per non affrontare una nuova sfida? Quante volte l'etichetta di "malato" fa sì che la persona non si senta più capace? Quante volte la diagnosi diventa predittiva e prescrittiva?

Se, seguendo Bateson, riteniamo che un sistema patologico sia un sistema che ha perduto la capacità di ricevere informazioni perché filtra e seleziona solo i messaggi che sono coerenti con la propria organizzazione interna, il processo di ipotesi ha innanzitutto la funzione di introdurre nel sistema "differenza" nel senso batesoniano, cioè nuove informazioni. Davanti a un sistema che ha nella rigidità delle sue "certezze" il fulcro della patologia, è inutile che il terapeuta, o in nel caso di collocamento mirato l'operatore, contrapponga a queste le proprie "certezze". È invece più utile che, attraverso la formulazione di ipotesi di progetti che sono al tempo stesso già "interventi", l'operatore attivi nel sistema la possibilità di rimettere in discussione quelle "certezze". Va precisato che questa nuova visione di realtà proposta è sempre una visione parziale, nel senso che essa non può mai rappresentare la realtà del sistema, sempre infinitamente più complessa. Ma questa "costruzione di realtà" diventa utile ed efficace se introduce

una differenza, e offre al sistema un'ipotesi alternativa alla sua visione stereotipata e ripetitiva. È, appunto, questa apertura di alternative, di altre vie percorribili, di altri campi del possibile che attiva il processo di cambiamento. Perché il sistema è indotto ad apprendere l'esistenza di possibilità alternative e a riorganizzare i dati della propria visione.

Dalla diagnosi come "descrizione di oggetti o di fatti" si è dunque arrivati alla diagnosi come "formulazione di ipotesi", che è una "costruzione di realtà terapeutiche". Tuttavia sarebbe più opportuno parlare di "co-costruzione", perché il coinvolgimento e la co-partecipazione dell'intera rete che gira intorno alla persona diventa, in ogni momento, una "costruzione a più mani". Si può quindi affermare che il terreno privilegiato della diagnosi non è più il paziente, come presunto "oggetto da valutare", ma diventa l'intero sistema nel suo complesso e le modalità con cui di volta in volta, all'interno del sistema, si definisce e si articola la relazione tra il i vari partecipanti al sistema (o alla rete). E sia le premesse sia gli esiti di questo incontro e di questa valutazione reciproca sono assolutamente non programmabili e imprevedibili. Questo perché, come dice Laing, "diverse definizioni generano diverse storie" (Laing, 1969).

ASPETTI INDIVIDUALI

L'inserimento lavorativo di persone che presentano nella loro storia problemi di disabilità o più nello specifico problemi di salute mentale è un procedimento complesso, di rete, lungo, ma possibile anche per persone spesso definite "senza via d'uscita" e "irrecuperabili".

5)Complesso: perchè coinvolge saperi e professionalità diverse, perchè coinvolge

una vasta gamma di patologie e persone molto diverse tra di loro. Difficilmente una situazione è uguale a un'altra o generalizzabile.

6)Di rete: perchè deve essere agito in modo integrato fra più attori che detengono diversi ruoli e diversi strumenti (si pensi alla collaborazione tra servizi per esempio)

7)Lungo: perchè, se si esaminano le storia, è lungo l'iter di malattia e di sofferenza ed è impensabile che persone che si sono abituate per molto tempo utilizzare modalità relazionali e di vita patologiche, possano completamente e in tutte le loro azioni star bene. In pratica quanto più a lungo una persona è stata male, tanto più lungo sarà il percorso di reinserimento sociale, perchè vanno considerati gli effetti devastanti che i ricoveri hanno sulla progettualità del sé (Govigli, Prato 2007).

In questo lavoro si deve fare i conti con gli esiti di un percorso di malattia che alle volte si è prolungato per molti anni e con il quale le persone si presentano ai servizi di inserimento lavorativo. C'è infatti un effetto trasversale ad ogni tipo di patologia psichiatrica che è l'inabilità permanente o episodica del soggetto ad assumere ruoli familiari, sociali e lavorativi.

Per porre l'attenzione su questo spazio di inabilità occorre considerare la malattia mentale come esito multifattoriale e impostare l'azione terapeutico-riabilitativa in molto multidisciplinare mediante una costante e proficua integrazione con tutte le figure coinvolte.

Dobbiamo però stare sempre attenti a quanto detto prima sul concetto di diagnosi, infatti un riferimento eccessivamente nosografico espone al rischio di medicalizzare e cronicizzare la malattia psichiatrica. Questo succede se i comportamenti "anomali"

sono interpretati come effetto lineare della malattia psichica intesa come causa, in maniera a-temporale e a-contestuale, come se i comportamenti e le ragioni osservate nel soggetto non avessero a che fare con precise situazioni, eventi interni e relazionali, sentimenti fantasie che li hanno generati.

Partiamo dal presupposto che la rappresentazione della disabilità, da parte di genitori ed operatori (sanitari, sociali ed educatori), influenzi inevitabilmente il processo di strutturazione dell'identità sociale della persona e della sua autonomia: comprendere quindi le ragioni di tali processi percettivi, e l'immagine che gli adulti di riferimento hanno della disabilità della persona, costituisce il presupposto fondamentale per pensare ad azioni che favoriscano la riduzione del disadattamento sociale e lavorativo.

Le teorie (Markus, 1977; Rogers, 1977; Gulotta 1995), inoltre, sostengono come tali processi costruttivi siano il risultato dell'immagine che ogni individuo ha di sé e del suo sistema di valori, grazie al quale interpreta ciò che accade nel mondo.

Se prendiamo in considerazione la relazione dinamica "individuo-ambiente", il soggetto agisce nel sistema e lo modifica, sulla base della percezione che egli ha di Sé e, nello stesso tempo, viene influenzato dall'ambiente stesso, nella misura in cui i cambiamenti avvenuti nel contesto portano a cambiamenti nel suo sistema di valori.

Tale relazione "individuo-ambiente" può essere sintetizzata nei due focus d'analisi seguenti:

il tema della capacità predittiva e degli stili di conoscenza, secondo la chiave di lettura complessa della relazione tra l'immagine del Sé e l'influenza del sistema di appartenenza;

il tema della rete dei servizi, inteso come

l'analisi dello "spazio di vita" specifico del disabile, che lo supporta nel processo di socializzazione.

Questi due focus d'analisi possono costituire i fattori per favorire il circolo virtuoso del cambiamento: se le tipologie di intervento - sociale, sanitario, educativo - sono influenzate dalla rappresentazione del soggetto, quest'ultima è soggetta a cambiamenti, nella misura in cui l'ambiente dei servizi adotta strategie specifiche per favorire l'integrazione sociale del disabile.

Andando ad approfondire la relazione che c'è tra i due temi sopra citati, risulta necessario partire da una citazione: "Per ottenere buoni risultati è indispensabile avere buone mappe. Le mappe riguardano l'ambiente e sé stessi. Possiamo dire che la costruzione e il perfezionamento delle mappe sia un prerequisito per il raggiungimento di qualsiasi altro scopo" (Kelly, 1955).

Questa tendenza alla "massimizzazione della capacità predittiva" (Lorenzini, Sassaroli 1992, 1995) viene definita come una sorta di regola implicita del sistema (uno pseudo-scopo). Il sistema teme l'ignoto, lo vede come imprevedibile e dunque ingestibile. Cerca costantemente di perfezionare e rendere più verosimili le mappe del mondo e di sé che consentono il successo nel perseguimento degli scopi.

Possiamo vedere questo pseudo-scopo "epistemico" in una ampia categoria di comportamenti innati denominata "esplorazione". L'esplorazione è finalizzata all'acquisizione di informazioni. Questa dunque viene rinforzata quando il comportamento esplorativo, sebbene punito da risultati dolorosi persino in grado di estinguerlo singolarmente, conduce comunque ad una acquisizione di conoscenza (Lorenzini, Sassaroli 1995).

E' importante avere buone mappe ambientali per perseguire con successo i propri scopi ma la mappa più importante è quella riguardante sé stessi. La pianificazione di azioni efficaci non può prescindere da una valutazione attenta di sé. Di fronte a qualsiasi compito l'autovalutazione circa l'autoefficacia è decisiva per scegliere se cimentarsi o meno. Valutare frequentemente sé stessi, in generale e su specifici compiti, è dunque attività utile e propedeutica alla scelta di quali scopi perseguire e come farlo.

Questa costante attività auto-valutativa, anche se dispendiosa, può essere viziata da errori di ragionamento che portano a conclusioni negative su di sé. La tendenza a darsi valutazioni negative ha una spiegazione in termini di vantaggio evolutivo. Infatti se si sbaglia per difetto il rischio che si corre è di rinunciare. Ma se, al contrario, si sbaglia sopravvalutando le proprie capacità, il rischio che si corre è il fallimento. Si manca comunque il risultato, ma nel secondo caso c'è anche sperpero di risorse e frustrazione.

ASPETTI FAMILIARI

Il lavoro con la disabilità implica, come abbiamo già detto, un'attenzione particolare a tutto il contesto della persona, per questo non si può prescindere dal sistema familiare.

Ci troviamo di fronte a situazioni dove la condizione patologica della persona è accompagnata da modalità relazionali molto disfunzionali all'interno nucleo parentale; spesso il tentativo della famiglia di "risolvere il problema" diventa il problema stesso e la ricerca del lavoro rappresenta una mossa agita per affermare il controllo sulla relazione e non come reale richiesta funzionale al benessere.

La percezione da parte dei familiari della re-

alizzazione professionale rappresenta una declinazione concreta dell'integrazione sociale, l'atteggiamento di speranza, legato alla consapevolezza, nonché alle tutele previste dalla legge in materia di collocamento, si scontra con la paura del limite e con quella della non accettazione sociale e delle ridotte possibilità professionali. Là dove l'integrazione sociale assume i significati di efficacia ed azione nel contesto sociale, il lavoro rappresenta per eccellenza lo spazio entro il quale tali attribuzioni si declinano nelle immagini di produttività ed efficienza, con le quali il disabile deve confrontarsi con il proprio limite e l'accettazione da parte degli altri.

Il tema delle rappresentazioni future, come accennato in precedenza, è in ogni caso fonte di paure per qualsiasi genitore e le ricerche confermano come la disoccupazione sia uno dei timori maggiormente espressi (Pocaterra, Pozzi, Alberico 2007).

Essere consapevoli del fatto che la patologia ha impedito di fare le più comuni attività o che le persone senza quella patologia fanno, è fondamentale. Questo permette ai familiari di "allontanarsi con discrezione" nel percorso di inserimento lavorativo per dare alla persona la giusta autonomia e per riconquistare il proprio ruolo sociale.

Quando la famiglia invece nega o nasconde questo stato di difficoltà porta il disabile a dover costruire un sè gradioso o falso, che difficilmente regge di fronte al mondo del lavoro.

In particolare per tutte quelle patologie per le quali non si parla di guarigione ma di cura e assistenza, emerge dai protagonisti e dagli operatori l'importanza di occuparsi dell'equilibrio del sistema familiare, lasciando spazio anche all'attenzione verso la dimensione emotiva della persona e della

coppia genitoriale.

Una teoria psicologica fornita da Tesio (2000), evidenzia come la gravità effettiva della patologia, unita ai processi connessi alla nuova identità sociale emersa e alla speranza di una guarigione, potrebbe spingere i genitori a compensare l'ansia e le paure con terapie e con strumenti messi a disposizione - o che dovrebbero essere messi a disposizione - dai servizi. Secondo l'Autore, si tratta della proiezione nel mondo esterno del proprio sentimento di impotenza e frustrazione nei confronti della disabilità. Se ne deduce che, a latere delle richieste corrette e dovute, effettuate dai genitori, alcune famiglie tendano a chiedere di più, troppo, rispetto alla reale portata dei servizi. Ad esempio, l'insistenza mostrata da alcune famiglie, a volte si connota non tanto come una domanda dovuta ad un reale bisogno pratico, ma come il tentativo di fare il possibile, di fare sempre di più per il disabile, colmando tuttavia anche il proprio vissuto di impotenza nei confronti della patologia.

Quando non sussistono le condizioni sufficienti per un inserimento in azienda attraverso gli strumenti del collocamento mirato, il focus deve spostarsi dall'idea di un figlio lavoratore all'idea di un figlio impegnato in attività socializzanti (corsi e tirocini), in contesti più protetti e accoglienti (cooperative e associazioni), improntati su relazioni educative e di potenziamento/mantenimento delle abilità. Si impone, per i genitori, un lavoro di ridimensionamento delle proprie aspettative a favore, spesso, di un potenziale aumento di benessere e di felicità del loro caro.

Per questo il tema della comunicazione "prognostica" in campo lavorativo rimane uno degli aspetti sui quali è necessario porre l'attenzione, considerando le discrepan-

ze di aspettative e di significati tra i genitori, che vivono un'esperienza emotiva dolorosa, e gli operatori sanitari che adottano strategie di azione in relazione alla loro esperienza professionale.

CASO CLINICO:

VALERIA E LA SANTERIA

Il SILD (Servizio Inserimento Lavorativo Disabili) è un servizio della Provincia di Parma che si occupa e promuove l'inserimento lavorativo disabili.

Terminati gli studi di operatore agroindustriale (diploma triennale) Valeria inizia a lavorare nel settembre 2004 in una serigrafia, l'esperienza si conclude a gennaio 2006 con le dimissioni a causa di problemi con una collega. Valeria arriva al SILD nel 2007. Dopo un paio di esperienze in borsa lavoro terminate per problemi relazionali con i colleghi e rifiuti di tirocini all'interno di cooperative perché troppo stigmatizzanti, emerge subito il bisogno di Valeria di trovare dei punti di riferimento.

Da un corso di orientamento al lavoro promosso da un ente di formazione emerge che la ragazza sembra poco consapevole delle sue difficoltà, spesso fa interventi fuori luogo e a sproposito riportando la passione per il suo cantante, la bici e la sua famiglia.

Continuano nel frattempo saltuariamente i colloqui con lo psichiatra; emergono da questi criticità a livello relazionale e numerose rigidità dell'utente che ha posto diversi paletti: non vuole assolutamente assumere farmaci, non vuole più aver niente a che fare con il servizio sociale, non vuole svolgere nessuna borsa lavoro in quanto la retribuzione è troppo esigua.

Alla fine di questi incontri viene rilasciata una relazione che viene consegnata direttamente alla paziente.

La relazione dello psichiatra letta da Valeria, diventa predittiva e prescrittiva. Quello che legge in quelle poche righe diventa una profezia autoavverante per lei, l'insufficienza mentale, l'incapacità di tollerare lo stress che la porta fino al delirio, la tendenza all'interpretazione e all'ostilità sono tutti aspetti di Valeria ma che una volta letti da lei hanno un'effetto boomerang. Questi diventano un piccolo ricettario per lei che è incapace di "vedersi da fuori", diventano un'etichetta che non apre alla validazione delle sue potenzialità.

A novembre 2013 si propone un tirocinio finalizzato di 3 mesi presso un'azienda tessile dove Valeria aveva già svolto un tirocinio. Inizia a lamentarsi da subito, dice che vuole sapere cosa succederà dopo, le diciamo che dipende da lei. I primi 3 mesi di tirocinio sono caratterizzati da numerosi colloqui e telefonate dove dice di essere in ansia per il futuro, cerco di rassicurarla ma allo stesso tempo sono ferma sul fatto che non possiamo darle certezze circa l'eventuale assunzione. Dice che anche se verrà assunta poi dobbiamo iniziare a pensare alla scadenza del contratto ed eventualmente trovarle già un altro lavoro.. le spieghiamo che non è possibile.

Qua emerge chiaramente il bisogno di Valeria di anticipare la perdita, è il suo modo di controllare la delusione, anticipandola. Valeria non può "pensare il futuro" e per questo si satura di "certezze artificiali", evita così l'incertezza del futuro che le causa dolore.

Questo dolore a sua volta non viene mai vissuto ma solo evitato, il dolore viene sempre visto come una frustrazione mai come un momento di cambiamento (questo in Valeria lo vediamo nei numerosi rifiuti di percorsi).

Lei non soffre il dolore, non lo riesce a digerire ma lo agisce attraverso l'ostilità e le sce-

nate che mette in atto in vari contesti. Non riesce a pensare e a stare nel dolore. Per questo non riesce a vedere l'errore come occasione di cambiamento perché l'errore gli provoca dolore. Nella sua visione l'errore nasce dalla sua incapacità, dalla sua "insufficiente mentale", l'hanno scritto addirittura e come lei sa bene "scripta manent".

Valeria mette in atto meccanismi che fanno eludere il dolore, ma come dice Bion (1962) questi meccanismi fanno aumentare la sofferenza.

Il meccanismo di difesa di Valeria è la scissione, affronta infatti i conflitti emotivi considerando sé stesso e gli altri come o completamente buoni (la sua "santeria") o completamente cattivi (i servizi, lo psichiatra, il SILD, ecc), non riuscendo a integrare le caratteristiche positive o negative di sé e degli altri in immagini coese.

Reagisce quindi alle invalidazioni attraverso l'ostilità, questa presuppone una costruzione della realtà che si è dimostrata fallimentare. Di fronte alla constatazione di un suo errore alza la voce più forte, e ribadisce con fermezza crescente la sua prospettiva. Tenta di imporre con la forza, la sua spiegazione delle cose. L'altro, in questo caso il servizio, assume il ruolo di sorgente di falsificazione (Kelly, 1955), perde ogni potere invalidante perché passa dal ruolo di interlocutore a quello di nemico. Per poter riproporre con la forza la propria posizione è necessario screditare l'altro ("voi non fate nulla per me") e forzarlo a confermarla.

L'azienda al termine dei 3 mesi decide di non proseguire con l'assunzione ma con un altro tirocinio, il responsabile del personale dell'azienda non è ancora convinto che Valeria sia la persona giusta per stare in quell'ambiente di lavoro.

Questo ovviamente non sta bene a Valeria

che ricomincia a lamentarsi di tutto, delle colleghe, dell'orario (chiede di farsi cambiare orario per poi tornare sui suoi passi una volta ottenuto), della mansione e della scarsa retribuzione. Tutte queste lamentele vengono più volte esplicitate anche direttamente al responsabile dell'azienda.

Durante questa seconda fase del tirocinio vengo chiamata dall'azienda più volte per problemi di Valeria con altre colleghe e nel momento in cui ne parlo con lei si pone con le stesse modalità di sempre: polemica, si rende conto di quello che ha fatto ma vuole avere ragione lei e risponde a tutto. Dice che la crocifiggiamo per un paio di errori, non ascolta. A seguito di questo colloquio faremo 2 incontri con il Dipartimento di Salute Mentale e Valeria per affrontare nuovamente i problemi sul lavoro in particolare l'aspetto relazionale.

Da questo momento iniziano una serie di mail a tutti i servizi:

Mail al SILD del 21 Aprile 2014:

"ciao sono valeria mi sono dimenticata cmq di dirti l' altro giorno che quando e successo tutto quel casino quel venerdì pomeriggio tu venerdì mattina mi hai detto che in quel mio momento di rabbia potevo chiamare o la mia fantastica mamma eterna patrizia che insieme al mio fantastico cantante uomo amore idolo eterno gigi di alessio al mio fantastico gruppo preferito eterno modà specialmente il mio fantastico uomo amore idolo cantante eterno francesco silvestre detto kekko dei modà insieme al mio fantastico bambino adesso uomo amore eterno giorgio e la mia squadra di calcio del cuore preferita eterna e cioè il mio fantastico napoli dove gioca il mio fantastico uomo amore idolo calciatore eterno higuain gonzalo sono e saranno sempre le mie uniche soddisfazioni e

lo dico e lo dirò x sempre x tutta la mia vita ed e e sarà x sempre la verita e saranno sempre le x sone a cui tengo e terrò per sempre di più per tutta la mia vita e saranno sempre le persone a cui voglio e vorrò per sempre più bene x tutta la mia vita ..ho 29 anni se nn mi mettete a posto una volta e per sempre nn ci riuscirete più e una storia di tanti anni e nn c'è e la faccio più vorrei vedere voi nei miei panni ora ti saluto ma rispondi lo spero tanto se devi rispondere in modo arrabbiato nn rispondere quella che deve essere arrabbiata delusa offesa sono io se ci terrete veramente tanto a me come ci terrò veramente tanto io e loro ci terrano veramente tanto a me il mio guido la mia mamma patrizia e il mio gigi il mio napoli i miei modà per i loro fans e tifosi aiutatemi per lavori in aziende di 6 ore con stipendi di 600 700 euro da settembre ciao da vale”

Questa mail così ritualizzata ha una funzione principalmente consolatoria, Valeria scrive a me o a sé stessa? Scrive a me per non farmi dimenticare, per incidere la sua presenza nella mia testa, per esistere almeno in quel luogo. La struttura conversazionale della mail è un flusso di pensiero, diviso per isole, in alcuni momenti riprende gli aspetti lavorativi in altri elenca tutti i suoi santi. La mail sembra una preghiera, un rituale ossessivo che le serve per tenere insieme tutti i pezzi dell'io, per appartenere a qualcosa (“io sono di mia mamma, dei Modà..”). Valeria elencandoli tutti ci dice chiaramente chi sono i suoi santi, le sue parti buone che non potranno mai deluderla perché talmente lontani dalla realtà che non potranno farle male.

Ad agosto, alla scadenza del contratto, vado a colloquio con il responsabile dell'azienda e la capo-reparto. Viene comunica-

to a Valeria che il tirocinio non proseguirà e non si trasformerà in un contratto.

A settembre 2014 organizzo un incontro con i due servizi (Servizi Sociali e DSM) per fare il punto della situazione con Valeria: entra dicendo che le manca molto l'azienda e spera di tornare là al più presto. Cerchiamo di fare un esame di realtà, i mesi in azienda non sono andati tutti benissimo. Ci sono state molte difficoltà e i numerosi incontri sono serviti a quello. Valeria non accetta questo esame di realtà e dice che è sempre andata bene.

Un sistema che gestisce le invalidazioni con ostilità, in senso Kelliano, impone all'altro le proprie scelte senza tenere conto delle sue obiezioni. Le caratteristiche specifiche del sistema di conoscenza sono quindi l'imposizione delle proprie verità agli altri e il rifiuto di prendere in esame le loro verità. Si tratta di intervenire quindi lavorando sulla struttura patologica dello stile di conoscenza, e dunque sul sistema che impone, negandosi ogni altra possibilità di rapporto con l'altro perché non sa e non può subire invalidazioni che considera minacciose.

In questo modo si preclude il lusso di aver torto e i grandi vantaggi che ciò comporta in termini cognitivi, vale a dire la possibilità di migliorare costantemente cambiando idea, la corrispondenza tra la propria “mappa” e la realtà. Più la mappa è buona e più è facile raggiungere i propri scopi senza perdersi.

Quello a cui si deve mirare è quindi passare dal considerare l'invalidazione come una minaccia inaccettabile ad affrontarla come uno strumento che può permettere di aggiustare la mira, aumentando il proprio successo. Per questo occorre prima di tutto portare il sistema a prendere conoscenza delle invalidazioni e sdrammatizzarle, percorrendo così strade nuove e diverse da

quella preferita dell'imposizione ostile della propria verità. Il sistema deve imparare a discutere e confrontarsi con le verità degli altri. Deve, in altre parole, imparare a incontrarsi con l'altro, accettandolo come soggetto che esprime opinioni diverse rispetto alle proprie e in via di principio altrettanto rispettabili.

La funzione riflessiva, ossia la capacità di riconoscere gli stati mentali propri e altrui, è stata descritta da Peter Fonagy e Mary Target (Fonagy et al., 1991; Fonagy, Target, 2001) e si è poi inscritta nel concetto di mentalizzazione (Fonagy et al., 2002; Fonagy, Target, 2003), col quale ci riferiamo alla capacità dell'individuo di rappresentarsi i propri comportamenti e quelli degli altri come frutto di intenzioni, desideri, scopi, più in generale come risultante di stati mentali specifici.

Nel comportamento dell'operatore, il paziente percepisce non solo la sua riflessività, ma anche, un'immagine di sé stesso in grado di "mentalizzare", desiderare e avere delle opinioni. Valeria deve infatti vedere che il servizio ha di lei una opinione come essere "intenzionale". L'insufficienza mentale deve essere rilegata a un costrutto interpersonale.

La funzione riflessiva può però fallire nel rapporto operatore-utente e questo avviene quando non si tengono in considerazione gli stati mentali della persona, la quale potrebbe non essere ancora pronto ad accogliere nella propria struttura di conoscenza gli stimoli che l'operatore propone.

Per quanto attiene alle emozioni dell'operatore, l'assenza di un'efficace funzione riflessiva porta a non riconoscere né gli stati mentali elicitati dalla relazione né quelli derivati dal proprio vissuto personale, e questo compromette la possibilità di utilizzare

confini relazionali appropriati all'interno del percorso.

Ma come è possibile questo cambiamento di prospettiva?

La base di un negoziato è una reciproca attribuzione di valore.

Quando si svolge un intervento di validazione si comunica al paziente, senza ambiguità, che il suo comportamento ha un senso e che può essere compreso se si tiene conto della sua condizione attuale, dei fattori ambientali e delle diverse situazioni che occorrono. Le strategie basate sulla validazione riconoscono il valore del punto di vista dell'altro anche perché i comportamenti disadattivi costituiscono per la persona la soluzione di cui dispone per venire a capo o disfarsi di un problema (Linehan, 2011).

Per applicare questa strategia bisogna cercare, individuare e rispecchiare tutti gli aspetti più comprensibili e apprezzabili che caratterizzano il comportamento della persona.

L'operatore cercherà quindi di identificare nelle risposte comportamentali prodotte dal paziente elementi di "saggezza" e aspetti più funzionali, "rispecchiandoli" e comunicando la loro comprensibilità. Si mette in evidenza che ogni comportamento può avere una funzione importante in quanto permette all'individuo di adattarsi al suo ambiente.

Bisogna stare attenti però a non basare l'approccio solo sull'accettazione e sulla validazione incondizionata dei comportamenti perché questa potrebbe diventare, paradossalmente, invalidante. L'utente potrebbe infatti considerare le pressioni fatte per spingerlo ad accettare il suo modo di essere come un segno dell'incapacità del servizio a considerare in modo adeguato alcuni suoi problemi. Soprattutto in assetti

di personalità come quello di Valeria, è sempre fondamentale tenere conto del peso e dell'insopportabilità che accompagna la loro condizione, se no il rischio è quello di invalidarla. Per risolvere questo problema si dovrebbe cercare di raggiungere un giusto equilibrio tra le strategie di accettazione e quelle di cambiamento. È importante quindi sforzarsi per far capire che le sue reazioni possono essere adeguate e valide, presentando nello stesso tempo gli aspetti disfunzionali che devono essere modificati.

CONCLUSIONI

Come dice Sarchinelli (1991) «la socializzazione al lavoro costituisce un processo assai ampio che coinvolge in toto l'esperienza del soggetto ed è anche in grado di mettere di discussione l'assetto delle strutture psicologiche attinenti alla sua identità personale».

Questa riflessione permette di porre l'attenzione su quello che è stato lo scopo di

queste pagine, e cioè porre l'accento sulla differenza tra integrare e includere. Spesso, parlando di lavoro il termine integrazione è utilizzato per nascondere una richiesta di adattamento delle persone diverse e non per attuare invece un effettivo cambiamento a livello organizzativo e strutturale. Fa notare infatti Giampiero Griffo che «integrare significa proporre, a chi sta fuori da un contesto, di adeguarsi a regole che qualcun altro ha già predisposto e fissato. Nel caso in cui un soggetto non voglia o non sia in grado di farlo, ha una sola alternativa: rimanere escluso. Viceversa includere significa considerare le persone disabili come esperte della possibilità di ricercare e scoprire soluzioni che non le discriminino per poter essere cittadini come tutti gli altri. Includere vuol dire godere di pari opportunità e dibattere intorno a un tavolo con gli altri soggetti della comunità partendo dallo stesso potere decisionale».

Bibliografia

- Bateson, G. (1976). *Verso un'ecologia della mente*, Milano: Adelphi.
- Bion, W.R. (1970). *Una teoria del pensiero, in Analisi degli schizofrenici e metodo Psicoanalitico*, Roma: Armando.
- Bombelli, C., Finzi, E. (2008). *Oltre il collocamento obbligatorio*, Milano: Guerini Associati.
- Fonagy, P., Target, M. (2001). *Attaccamento e funzione riflessiva*, tr. it. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E.L., Target, M. (2005). *Regolazione affettiva, mentalizzazione e sviluppo del Sé*. tr.it. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Govigli G., Prato L. (2007). *Lavorare non è come mangiare un gelato. Percorsi di formazione professionale per persone con problemi di salute mentale in provincia di Genova*. Milano: Franco Angeli.
- Griffo, G. (2009). *Integrare o includere*, articolo pubblicato sul sito Superabile.it.
- Gulotta, G. (1995). *La scienza della vita quotidiana*, Quaderni di Psicologia. Milano: Giuffré.
- Kelly, G.A. (1955). *La teoria dei costrutti personali*. Ney York: Northon.
- Laing, R. (1973). *La politica della famiglia*. (1969. Tr. It). Torino: Einaudi.
- Linehan, M.(2011). *Trattamento cognitivo-comportamentale del disturbo borderline*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Lorenzini, R., Sassaroli, S. (1992). *Cattivi pensieri: i disturbi del pensiero paranoico, schizofrenico e ossessivo*. Roma: La Nuova Italia Scientifica.
- Lorenzini, R., Sassaroli, S. (1995). *Attaccamento, conoscenza e disturbi di personalità*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Markus, H. (1977). *Self schemata and processing information about the self*, Journal of Personality and Social Psychology, n. 35, pp. 63-78.
- Pocaterra, R., Pozzi, S., Alberico, C. (2007). *Nuovi percorsi di analisi sulla percezione della disabilità. Verso un modello sistemico di integrazione famiglia territorio*, www.diesse.org
- Rogers, C. (1977). *Potere personale. La forza interiore e il suo effetto rivoluzionario*. Milano: Astrolabio.
- Tesio, E. (2000). *Non è una situazione che domani smette. Intorno alla disabilità*. Torino: UTET.
- Thornicroft, G., Strathdee, G., Phelan, M., Holloway, F., Wykes, T., Dunn, G., McCrone, P., Leese, M. e Szmuler, G. (1999). *Rationale and desing: the prism psychosis study. In the ocutcomes of community mental health services for epidemiologically representative cases of psychosis in South london*, the British Journal of Psychiatry, 173: 363-370.

La terra di mezzo: l'ambiguità del vivere e morire

di Elisa Eccher & Francesca Bandirali (allieve del III anno)

Sommario

In questo testo gli autori espongono il tema del lutto focalizzandosi in particolar modo sul lutto anticipatorio. L'articolo affronta da un punto di vista teorico, le peculiari caratteristiche e l'impatto che tale condizione psicologica comporta sul sistema famiglia. Nello specifico gli autori si concentrano, attraverso la pratica clinica, sulle dinamiche, emozioni, sensazioni riscontrate nei familiari in questa fase. In conclusione si propone una riflessione sistemica dell'importanza del tempo come premessa epistemologica.

Parole chiave

Famiglia, emozioni, lutto anticipatorio, processo, accompagnamento, tempo.

Abstract

In this text, the authors expose the theme of mourning focusing particularly on anticipatory grief. The article discusses a theoretical point of view, the peculiar characteristics and the impact that this psychological condition involves the family system. Specifically, the authors focus, through clinical practice, dynamics, emotions, sensations found in the family at this stage. In conclusion, it is a reflection of systemic 'importance of time as epistemological premise.

Key Word Family, emotions, anticipatory mourning, process, accompaniment, time.

PREMESSA

Il lutto è un'esperienza psichica universale che tutti incontrano nel corso dell'esistenza, non solo per la morte di una persona cara ma ogni volta che si perde o si devono lasciare andare oggetti significativi: sia esterni (come una relazione affettiva, un progetto, un ruolo sociale, un luogo) che interni (una parte di sé, un'immagine dell'altro interiorizzata, un'immagine idealizzata di sé e dell'altro). In effetti, se una condizione indispensabile per la crescita è il cambiamento, e questo non avviene senza separazioni, e ogni separazione produce reazioni più o meno attenuate di cordoglio, ne consegue che il cordoglio è una dimensione necessaria alla vita. Si può paragonare l'esperienza del lutto a un tunnel. L'unico modo per uscirne è attraversarlo, accettarne l'oscurità come condizione per avvicinarsi gradualmente alla luce. Chi evita di entrare nel tunnel, chi torna indietro, elude l'itinerario necessario per rientrare nella vita, pospone e prolunga il dolore. Nell'elaborazione del lutto la parola chiave è "processo" non progresso o miglioramento. La reazione ad una perdita include sbandamenti, regressioni, ricadute e non solo miglioramenti. L'importante è che la persona sia in movimento e non rimanga immobilizzata dal dolore. Per questo motivo non si può crescere senza soffrire. La vita è un susseguirsi di addii e di distacchi. Fino a che una persona non ha integrato la consapevolezza del distacco e della propria morte non è libera di vivere.

FATTORI INDIVIDUALI CHE INFLUENZANO IL SISTEMA FAMIGLIA

Coloro che affrontano questo doloroso percorso, oggi più che mai si trovano privi di un linguaggio che permetta di riportare l'evento all'interno del progetto esistenziale.

Occorre dunque che la famiglia sia aiutata a sviluppare un dialogo diverso fatto non solo di parole ma di gesti, di sguardi, di silenzi, di carezze; a valorizzare ogni momento che resta senza sprecarlo. Non è il tempo del fare ma del fermarsi per un dialogo certamente difficile ma che può svilupparsi negli ultimi momenti di vita (De Hennezel, 1996). Accompagnare il morente nell'elaborazione significa aiutare anche i familiari il cui atteggiamento contribuisce ad influenzare le reazioni del malato, viceversa anche l'atteggiamento del morente influisce sulle reazioni della famiglia. I familiari passano attraverso fasi di adattamento che sono simili a quelle descritte per il morente. La stessa Kubler Ross (1984) ha evidenziato come i membri della famiglia attraversino stadi di adattamento sovrapponibili a quelli descritti per il paziente. Come per quest'ultimo la successione delle fasi non è sequenziale bensì possono sovrapporsi, alternarsi, ripetersi: dal rifiuto alla rabbia, alla depressione, fino all'accettazione dell'imminente separazione. Quello che complica la comunicazione tra il paziente e i suoi familiari e tra loro e l'equipe curante è il fatto che questi passaggi, queste "fasi psicologiche" possono essere vissute non contemporaneamente dal paziente e dai familiari stessi. Possiamo trovarci, quindi, di fronte alla rabbia dei familiari "all'accanimento, non rassegnazione", mentre il paziente si sta distaccando e vuole essere lasciato in pace.

...Le infermiere entrano e dicono che devo mangiare o mi indebolisco troppo, i dottori vengono e mi parlano del nuovo trattamento che hanno cominciato, si aspettano che io ne sia felice, mia moglie viene e mi parla del lavoro che spera io faccia quando esco di qui, mia figlia mi guarda e dice: "devi stare bene." Come

si può morire in pace in questo modo?.... Forse loro devono imparare ad affrontare le cose, mi renderebbe tanto più facile il morire! (Kubler Ross, 1984).

Le reazioni dei malati e dei familiari nello stadio terminale integrano le esperienze passate, il peso della propria storia personale (lo stato di salute fisica e psicologica, tratti della personalità come sensibilità, equilibrio, consapevolezza, responsabilità, capacità di adattamento...), la qualità della relazione (dipendenza fisica, psichica, economica, sociale) e le risorse del contesto ambientale (rete relazionale di supporto formale/informale). È importante considerare chi è il membro malato e il ruolo che egli esercita all'interno della famiglia. Individuare quale membro del sistema sta subendo la malattia significa cogliere alcune importanti differenze da connettere con il resto del sistema. Diversa sarà la situazione se il malato è il padre, la madre, un figlio o un nonno. Da non sottovalutare la storia familiare del malato; la reazione della famiglia a precedenti eventi ad alto impatto emotivo e le possibili esperienze di perdita vissute influenzano il modo di risposta alla malattia. Importante è considerare, anche, l'età e il genere del malato (dalla pratica clinica le donne tendono a richiedere aiuto soprattutto a livello emozionale, mentre gli uomini richiedono per lo più supporto pratico e materiale), la professione, il tipo di patologia, le cure che necessita, le relazioni intra-familiari e le variabili culturali (popolazione di origine, costumi, religione e tradizioni). L'evento luttuoso, dunque, nella nostra società attuale, colpisce maggiormente le famiglie proprio perché è assente una condivisione col gruppo più esteso e il supporto collettivo, isolando così le persone proprio nel momento in cui hanno più bisogno di vicinanza, supporto e compren-

sione. Tali informazioni potranno mettere in evidenza delle importanti differenze utili a configurare un quadro della situazione familiare e ad organizzare un relazione d'aiuto. Il cambiamento forzato a cui è costretta la famiglia inciderà notevolmente sulla sfera emotiva, cognitiva, comportamentale relazionale e somatica di ognuno. La sofferenza che chiaramente non è solo organica trova spazio a tutti questi livelli. Spesso si assiste ad una alterazione delle capacità cognitive dell'individuo dovuta frequentemente al difficile controllo sulle emozioni come paura, rabbia, angoscia, ansia. Controllo reso ancora più difficile dalla possibile percezione di impossibilità di comunicarle e condividerle con l'altro. Da parte dei familiari si può osservare una diminuita capacità di tollerare l'inevitabile frustrazione che deriva dal fatto di avere un malato in famiglia. Ciò non fa che aumentare il sentimento di solitudine a cui ognuno va incontro. Queste sono alcune delle possibili reazioni che si possono riscontrare e risultano essere funzionali per una buona elaborazione e non è detto che appartengono a tutti i membri del nucleo familiare, ci potrà essere la persona che più di un'altra sarà portatrice del disagio che ha investito la famiglia e non necessariamente questa persona corrisponde all'ammalato. Potrebbe essere la moglie, il marito, o uno o più figli, come spesso capita di rilevare nell'esperienza clinica, per esempio parlare della sofferenza, del proprio modo di viverla sembra, in taluni situazioni, essere proibito. È come se esistesse un divieto condiviso al quale non ci si può sottrarre. Una credenza diffusa è che verbalizzare certe paure possa essere troppo angosciante.

CASO DELLA MORTE COME TABU

È il caso di dire che la paura fa paura, è

come se si apprendesse “ ad aver paura della paura ”. Questo potrebbe cristallizzare la comunicazione su schemi relazionali che tentano di negare l’innegabile. È importante comprendere la comunicazione sia verbale sia non verbale sotto questa luce. La malattia nel vissuto familiare non rientra nelle possibilità evolutive del sistema, anzi, viene spesso connotata come uno “ stop ” al cammino evolutivo familiare. Risulta infranta “la narrativa familiare” nella dimensione del presente e soprattutto del futuro. L’ipotetico racconto familiare futuro rischia quindi di influenzare le possibilità a venire dei membri del sistema. Cosa ancora più frequente è l’enfasi che si pone sull’atteggiamento maladattivo causato dalla malattia, dimenticando le risorse insite nel sistema. La sofferenza infatti influenza la percezione delle risorse a disposizione, che spesso non vengono riconosciute, in questo modo la storia della famiglia diventa la storia della malattia, non c’è più spazio per le persone: o si è ammalati o familiari di ammalati. Gli aspetti personali si connettono direttamente all’individualità, ma hanno anche un significato personale. Non esiste malattia se non all’interno di un sistema. Ogni membro parteciperà con la propria “ mappa ” alla costruzione di una storia, costituita di immagini, fatti, descrizioni e interpretazioni che riassumano la relazione tra le parti. In questo modo la realtà individuale del malato si trasforma attraverso la relazione con l’ambiente, le attribuzioni e le emozioni che si declineranno nel sistema. Da qui nasce l’importanza di riconoscere il substrato sul quale si intrecciano le relazioni. La narrativa creatasi sarà capace di influenzare il presente, ma anche il futuro familiare. Rilevante quindi, la decodifica dei significati della malattia e della storia principale della famiglia nel periodo del lutto

anticipatorio (Cazzaniga, 1997). È essenziale quindi non sottovalutare questo periodo di lutto anticipatorio, che precede la perdita e prelude al lutto propriamente detto. È utile, perciò, considerare come “ paziente ” l’intero sistema familiare, poiché ogni intervento fatto con uno dei membri della famiglia, avrà ripercussione sul resto del sistema. È altresì importante considerare come la famiglia si è ri-organizzata di fronte all’evento malattia e qual è il cambiamento che, inevitabilmente, è portata ad affrontare. La malattia terminale, infatti, comporta una serie di risonanze e cambiamenti forzati nella vita quotidiana e nello stile di vita: spesso un familiare deve occuparsi di cose che non aveva mai fatto prima, oppure è costretto a cambiare le proprie abitudini e i propri ritmi di vita per assistere la persona malata; rinuncia spesso alla propria vita sociale per trascorrere del tempo “ in più ” accanto al morente, sentendosi in colpa se dedica parte del suo tempo ad altro. Gli equilibri e i funzionamenti familiari precedenti si modificano: occorre considerare se il sistema familiare è capace di adattarsi alla nuova e complessa situazione. Un’attenta lettura di tale quadro permette di cogliere quali risorse possiede la famiglia, quali bisogni manifesta, come sta reagendo, quali possibilità di trasformazione possiede o, al contrario, quali difficoltà e resistenze incontra. Questa lettura permette anche di comprendere il tipo di collaborazione esistente tra i diversi operatori, l’ammalato e la sua famiglia, nonché la relazione tra sistema osservato e sistema osservante. Per orientarsi nel lavoro con le famiglie in cui vi è un malato terminale e per evitare l’uso di pregiudizi è importante considerare le caratteristiche che distinguono le risposte delle famiglie durante il lutto anticipatorio. Sono state compiute

diverse ricerche (Masson, 2002) che hanno delineato alcuni tipi di famiglie. **La famiglia “normale”**, si presenta elastica e dinamica con un buon adattamento dei membri; vi è una buona percezione del livello relazionale e una comunicazione aperta in cui è possibile condividere la sofferenza. Questo tipo di famiglia è in grado di chiedere aiuto in caso di bisogni specifici e di coinvolgere gli operatori. **La famiglia “muta-congelata”**, dove la morte è considerata un tabù, i familiari chiedono ai curanti di evitare il più possibile di comunicare informazioni sulla malattia al malato, il quale è in piena solitudine. In questa famiglia il silenzio è protagonista ed è utilizzato come meccanismo di protezione reciproca. **La famiglia “rigida”**, in cui si evita l'intimità per paura di perdere il controllo emozionale. Presenta un alto livello di razionalizzazioni che portano a un bisogno estremo di controllo che si esprime spesso, in un'attenzione quasi ossessiva alle terapie, alle regole alimentari e a fattori ritenuti negativi per la salute del malato. Si può manifestare un alta frequenza di richiesta di spiegazioni e rassicurazioni e un disagio in genere per qualunque variazione di programma. **La famiglia “conflittuale”**, quando il conflitto è aperto tra i membri si avranno difficoltà di relazione con l'equipe curante con il rischio di un coinvolgimento degli operatori che frequentemente si schierano con uno dei membri. Quando invece i conflitti sono latenti, vi è un basso livello di compliance familiare e un alto livello di agiti aggressivi. **La famiglia “svincolata”**, caratterizzata da legami deboli e un alto livello di solitudine. Frequentemente si antepongono bisogni individuali ai bisogni del malato; può essere presente rabbia negli operatori nei confronti di alcuni membri della famiglia per il basso coinvolgimento percepito verso il

malato. **La famiglia “disgregata”**, dove il malato vive solo e spesso appare rassegnato e depresso, i familiari con la loro assenza o ritiro, non si dimostrano disponibili a dare aiuto. Difficile, talvolta impossibile, l'attuazione di programmi di assistenza domiciliare con il risultato di ospedalizzazione. La famiglia “chiusa-rifiutante”, caratterizzata da un basso livello di compliance familiare e una diffidenza nei confronti di ogni forma di aiuto. Spesso sono presenti storie di delusione nei confronti dei sanitari o della medicina a seguito di iniziali aspettative di guarigioni disattese. **La famiglia “squalificante”**, in cui vi è una profonda diffidenza verso gli operatori caratterizzata da una comunicazione aperta con l'equipe squalificata dal messaggio non verbale (es. quello che fate non serve a niente o è sbagliato). In queste famiglie vi è la tendenza a consultare più metodologie terapeutiche e a manipolare le terapie.

L'elaborazione del lutto parziale mette la famiglia del morente di fronte ai compiti fondamentali del lutto anticipatorio (Campione, 2012):

1) elaborare il lutto per le perdite parziali che la situazione terminale determina. Si può indicare sinteticamente nel compito di gestire tutte le conseguenze determinate dal fatto che il malato di cancro (così come ogni malato in fase terminale con differenti accezioni) “non è più lui” nei più differenti aspetti riferentesi alle varie dimensioni (fisica, psichica, personale, interpersonale, economica, ecc.) dell'esistenza. Le modalità che più frequentemente si osservano nelle famiglie del malato di cancro di fronte all'esigenza di questa elaborazione sono: la modalità abbandonica e la modalità riparativa. La modalità abbandonica viene espressa più o meno consapevolmente. Questa moda-

lità corrisponde, sul piano cognitivo, ad un azzeramento delle speranze che vede la morte avvenuta nella morte certa; sul piano emotivo al tentativo di sciogliere l'ambiguità della terra di nessuno separando il più nettamente possibile la vita dalla morte. Esempi di una modalità del genere sono quelli delle famiglie che " abbandonano " il congiunto morente in un'istituzione (ospedale, clinica, hospice o casa di riposo), decretandone la morte sociale per conseguire un'identificazione quasi piena tra morte certa e morte avvenuta. La modalità abbandonica può essere attuata anche solo nel mondo interno quando le famiglie continuano a mantenere gli obblighi esteriori nei confronti del congiunto morente, mentre interiormente l'hanno già abbandonato alla morte. La modalità riparativa si riferisce ad un privilegio accordato al passato a scapito del futuro, e corrisponde emotivamente al desiderio di restaurare ciò che la malattia ha reso " passato ". Esempi di questa modalità riparativa sono i comportamenti delle famiglie che fanno di tutto perché il congiunto morente torni ad essere com'era prima di entrare nella fase terminale o addirittura prima di ammalarsi. Questo avviene spesso anche in contrasto con le possibilità reali date dalla situazione, cioè la modalità riparativa, quando è prevalente, tende ad instaurarsi a dispetto della irreparabilità della situazione. Come si può notare, le due modalità di elaborazione dei lutti parziali della fase terminale corrispondono a due modi diversi di affrontare tale situazione terminale: un modo che privilegia il futuro (quello abbandonico) e un modo che privilegia il passato (quello riparativo), talché in entrambi i casi il presente del rapporto col morente non può essere vissuto (nel caso della modalità abbandonica) o può essere vissuto solo come

riedizione del passato (nel caso della modalità riparativa). Vi è una terza possibilità di vivere la situazione terminale, possibilità che consentirebbe di non sacrificare il presente al futuro o al passato. Questa terza modalità di elaborazione (che vale sia per i lutti parziali di cui stiamo parlando sia per il lutto in generale) consiste nel capire che si può vivere il presente come quella dimensione del tempo che proviene dal passato ed è protesa verso il futuro. Significa, in altri termini, considerare che il morente non è più lui perché lo è stato e non ci sarà più perché c'è. Vuol dire che quando era lui, cioè nel passato, non era ancora morente e quando non ci sarà più, cioè nel futuro, non sarà più vivente.

2) allentare i legami con la persona cara che muore e contemporaneamente valorizzare gli elementi positivi di questi legami per non abbandonare il congiunto in una fase in cui ha bisogno di amore, protezione e assistenza. Una volta iniziato il lutto per le perdite parziali che la morte incomben- te determina, sorge l'esigenza di evitare che l'allentamento dei legami, conseguente all'elaborazione del lutto parziale, renda impossibile continuare ad amare il morente per quello che rappresenta. Elias (1986) ha connotato questo problema come uno stato di solitudine in cui si trova il morente, che si può evitare dimostrando a quest'ultimo che non ha perduto importanza per le persone care. Si può amare il morente come " se stesso " cioè in quanto vivente che muore e non come vivente che vive, cosa che potrà aiutarlo a dare un senso alla morte. Infatti, la possibilità di continuare ad amare, assistere, proteggere e consolare il morente si basa sul superamento dell'alternativa di abbandono e di riparazione attraverso l'instaurarsi di un dialogo in cui si affronti il

problema della morte. Dialogare in tal senso vuol dire essere l'uno di fronte all'altro, percependo ciò che solo li può accumunare: un senso condiviso di morte imminente. Senso che li porta aldilà della loro esperienza contingente: i parenti oltre alla loro angoscia, impotenza, rabbia, colpa, e il morente oltre la grande pena per assistere alla fine della propria vita. Tale senso può essere inventato dai protagonisti o derivato dalle loro ideologie, convinzioni religiose, ma si basa sempre sul riuscire a guardare l'altro con gli occhi dell'altro (Campione, 1986).

3) dirsi addio. Una volta preso atto, da parte del morente o da parte della famiglia, dell'imminenza o irreparabilità della morte, e una volta superate le perdite parziali che il morire comporta, la fase terminale tende a diventare "una cerimonia di addio". Se analizziamo questa situazione, possiamo dire che l'addio è un lasciarsi con un saluto che apre una speranza, è come se il morente dicesse: "possiamo accettare il deserto che la morte sta per lasciarci, perché ci rivedremo in una dimensione che va oltre la vita" (Messina, 2003).

"La morte conclude la vita, ma non conclude una relazione che continua nella mente del sopravvissuto".

(Anderson, 1970)

QUANDO LE EMOZIONI IRROMPONO O VENGONO INIBITE

"Dimmi tu addio, se a dirlo a me non riesce. Morire è nulla; perderti è difficile."

(Umberto Saba)

In questa parte andremo a presentare alcune testimonianze della nostra pratica clinica che evidenziano le principali emozioni che possono scaturire nel processo dell'elaborazione del lutto.

- Testimonianza di una moglie il cui marito è al secondo ciclo di chemioterapia: *"Mancando lui devo badare io a che ogni cosa sia in ordine"*; non si permetteva nessuna debolezza, ai suoi figli disse che il padre sarebbe stato molto deluso, se si fossero comportati da deboli e se avessero pianto. Dovevano continuare a portare avanti la famiglia.

Questa donna è riuscita a eludere il crollo di se stessa e della propria visione del mondo immergendosi nel mondo del marito in modo tale da non poter pensare all'imminente perdita.

- *Carlo ha 18 anni, suo padre è un malato terminale ed è il maggiore di 2 sorelle. Sua madre ora che il padre è ricoverato chiede a lui di prendersi cura della famiglia e il padre stesso gli domanda di "sostituirlo un po'". All'inizio Carlo ammette di aver assecondato tali richieste con piacere ma ora sente che gli viene chiesto troppo, non riesce quasi più a intraprendere legami con i pari. Arrivò a vedere il padre come un egoista e di conseguenza si arrabbiò molto anche se non gli esternò mai la collera nei suoi confronti.*

Questo è un esempio di quanto la malattia di un individuo possa trasformare la vita di un altro. All'improvviso Carlo da studente diviene "capofamiglia" e si sente, a ragione, gravato da un'eccessiva responsabilità in quanto è stato investito di un ruolo che non ha mai chiesto.

Testimonianza di una ragazza di 16 anni davanti alla malattia della nonna che considera una figura di riferimento: *"È come se vivessi dentro una bolla di sapone che mi separa dal resto del mondo. Ho difficoltà a seguire cosa gli altri mi dicono o forse trovo*

difficile seguire le loro indicazioni. È tutto così indifferente, eppure ho bisogno che ci siano gli altri vicino a me. Ho il terrore del momento in cui la nonna non ci sarà più e io mi troverò sola in una casa vuota.”

Ecco una breve ma forte testimonianza di una sorella ormai adolescente, che ci mostra le possibili difficoltà che i figli incontrano in famiglia: *“ero arrabbiata con mio fratello perché era malato, perché mi aveva lasciato sola in casa e perché eravamo tutti diventati tristi e distrutti. Ognuno soffriva per proprio conto, non eravamo più uniti, prima ero parte di una famiglia unita e felice. I miei genitori si allontanavano sempre di più uno dall'altro e spesso li sentivo litigare.”*

Negli adolescenti frequenti sono i sentimenti di autoresponsabilizzazione per tamponare le insicurezze della famiglia e rabbia per la perdita del sostegno familiare. Inoltre, il senso di libertà tipico di quest'età, crea in loro sensi di colpa legati alla consapevolezza di dovervi rinunciare per sostenere la famiglia. I bambini, invece, solitamente hanno reazioni di depressione, separazione, ansia e sentimenti di colpa ritenendosi in parte causa della malattia. Una moglie il giorno dopo la “cattiva notizia”:

“ Si prova la sensazione che tutto sia finito, che si brancoli nel buio, che il gelo ci paralizzi nel corpo e nell'animo, che non esista nulla più che ci dia calore, gioia, un sorriso...è terribile. Nulla posso fare per scacciar via dal mio cuore il dolore e quindi debbo imparare ad accoglierlo, accettarlo come parte di me ed imparare a conviverci. Certo non mi piace e ancora non mi ci riconosco e istintivamente mi ribello, ma poi mi rendo conto che non serve a nulla, lui è ancora lì solido come una montagna quindi tanto vale provare a

conviverci aspettando che il tempo passi e che forse imparerò a gestirlo. Il dolore è energia, energia sottilissima ma molto potente che può essere utilizzata in diversi modi: dipende da come ci poniamo ad esso e dinanzi alla vita in generale “.

Questo è un esempio di come il tempo che precede la morte possa anche essere utile al compiersi di una persona ad una trasformazione di chi le sta accanto. Molte cose possono ancora essere vissute su un terreno più sottile, più interiore, sul terreno delle relazioni con gli altri. Quando non si può più fare nulla, tuttavia si può ancora amare e sentirsi amati.

Riflessione di Marie de Hennezel (La morte amica, 1996) davanti alle parole di un amico malato terminale: *“ è ora che io dia i miei oggetti preferiti a quelli che amo... ”* *“Proprio grazie a quella giornata, che in fondo ci ha permesso di dirci addio adesso posso starmene vicino a lui, senza un'attesa particolare con il cuore in pace, assaporando nel segreto dell'anima il meraviglioso regalo dei suoi ultimi istanti di presenza viva. Perché lo scambio continua per quanto su un altro piano... Cerco con amore di ricordare tutti i momenti della sua vita di cui sono stata testimone. Sento di compiere un atto sacro: mi sembra di tessere insieme due fili d'oro, quello della sua vita come l'ho conosciuta, quello della mia vita di questi ultimi mesi sconvolta per causa sua. Non si resta impermeabili di fronte ad una persona che è corteggiata dalla morte e che, sapendolo, vive tutto ciò che gli accade come un dono. Vicino a lui ho imparato a rendere grazie per ogni istante che mi viene dato.*

L'IMPORTANZA DEL TEMPO

L. Boscolo e P. Bertrando (1993) hanno

messo in evidenza l'importanza di adottare la "lente del tempo" come premessa epistemologica. All'interno del pensiero sistemico, in una visione diacronica del tempo, le dimensioni presente, passato, futuro sono connesse in un anello autoriflessivo. Come scrivono gli autori "ogni sistema ha una storia, un passato che contribuisce a definire i significati degli eventi presenti, come questi ultimi a loro volta definiscono il passato. Si crea così un anello autoriflessivo, in cui passato e presente si influenzano reciprocamente. L'anello diventa più complesso se si prende in esame l'eventualità, ovvero il futuro, che riceve significato da passato e presente, e a sua volta li influenza: le aspettative, i progetti, le strategie contribuiscono a dare significato alle azioni presenti, che a loro volta influenzano l'elaborazione della memoria (il passato)". Spesso, infatti, quando ci si confronta con la morte, si rimane come congelati in un tempo presente, dove il dolore non consente di considerare le possibilità future e dove il passato, in una visione deterministica, esercita una forte influenza sul presente. "La lente del tempo", invece, permette di considerare l'anello autoriflessivo di presente, passato e futuro, in modo tale da introdurre possibili evoluzioni e possibili cambiamenti in un sistema irrigidito dall'evento morte (Marconi, Moschini, Mulone, Pigozzo, Saurgnani, 2002).

CONCLUSIONI

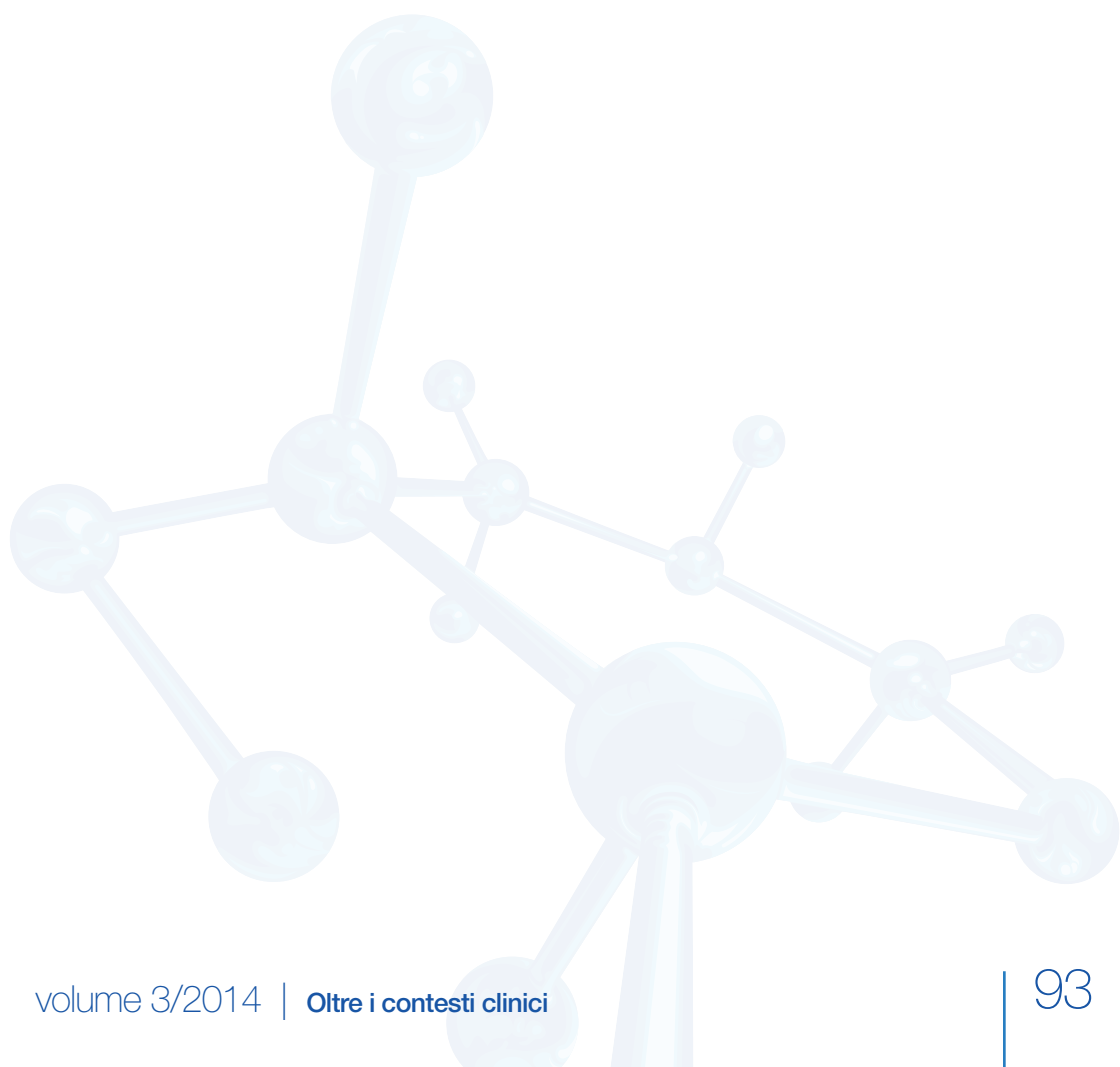
La morte campeggia sempre nella vita. Di continuo perdiamo qualcosa, dobbiamo lasciare andare, rinunciare, separarci da qualcuno, ritirarci da qualcosa. Noi non subiamo solo delle perdite, ma effettuiamo anche

delle vincite. La vita che scorre, proprio grazie alle molte trasformazioni, ci offre l'occasione di dispiegare e di sviluppare le nostre caratteristiche. Contemporaneamente dobbiamo abbandonare alcuni nostri aspetti e imparare a scoprirne di nuovi. Naturalmente anche quando dobbiamo separarci da una persona che è morta non si tratta di un vero abbandono. Le esperienze vissute con lei sono presenti nei nostri ricordi, ci appartengono e contribuiscono a costituire la nostra vita. Come abbiamo visto, nell'elaborazione del lutto è decisivo non solo essere in grado di reggere le separazioni ma acquisire che, attraverso questa esperienza, conseguiamo una nuova visione di noi stessi, nuovi valori, sentendoci persone che non si spezzano che sono interiormente sempre all'altezza e che proprio perché sconvolte, si ricordano di nuovo di quello che è essenziale. La morte rappresenta un momento in cui dobbiamo vivere tra le maggiori contraddizioni della vita. Se essa è indiscutibilmente inevitabile e ci accompagna continuamente, la nostra vita, i nostri legami, la nostra storia sono altrettanto certi. Per quanto paradossale sembri, possiamo guarire grazie alle emozioni del lutto perché esse provocano cambiamento. La morte può venire considerata come una forza che stimola continuamente a trasformarsi. Il pensiero della trasformazione può essere un pensiero affascinante, ma il prezzo della trasformazione è la separazione, la perdita. (KAST V., 2005).

Non esiste un'unica soluzione per aiutare chi sta male. Ciò che può apparire "anormale" con l'opportuna attenzione diventa "particolare."

Bibliografia

- AA., VV., (2002). *Psico-Oncologia. Il trattato italiano*, Masson, Milano.
- Bertrando, P., Boscolo L., (1993), *I tempi del tempo: una nuova prospettiva per la consulenza e la terapia sistemica*, Bollati Boringhieri Editore, Torino.
- Boscolo L., (2004). *Il tempo nel lutto*, in Cazzaniga E., Marchesi G.C., *Isole di differenza*, AMA Lombardia, Milano.
- Bowen, M (1979). *La reazione della famiglia alla morte – pag 139-154* in “*Dalla famiglia all’individuo*”. – Astrolabio – Roma
- Campione, F., (1986). *Guida all’assistenza psicologica del malato grave*, Patron, Bologna.
- Campione, F., (2012). *Lutto e desiderio. Teoria clinica del lutto*. Armando Editore.
- Cardinali, F., (1997). *Il Vivere e il Morire – Terapia Familiare n. 53*. APF – Roma.
- Cazzaniga E., (1997). *La Narrativa familiare in oncologia*. Atti V Congresso Nazionale SIPO, Napoli.
- Cazzaniga E., (2005). *Il tempo nel lutto*, *Giornale Italiano di Psico-Oncologia*, volume 7, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.
- Cazzaniga E., (2008). *I luoghi del lutto*, in (a cura di) Sgarro M., *Il lutto in psicologia clinica e psicoterapia*, Centro Scientifico Editore, Torino.
- Crozzoli Aite. L., (2003). *Assenza più acuta presenza*, ed.Paoline Milano.
- Cecchin G., Lane G., Ray W.A.(1992). *Irreverence*, Karnac Book, London: (tr.it.) *Irreverenza*, Franco Angeli, Milano, 1993.
- D’Elia, A., (2007). *Le perdite e le risorse della famiglia*, Raffaello Cortina Editore Milano.
- De Hennezel, M., (1996). *La morte amica*, Rizzoli Milano.
- Elias, N., (1986). *La solitudine del morente*, Il Mulino, Bologna.
- Fitzgerald, H., (2002). *Mi manchi tanto. Come aiutare i bambini ad affrontare il lutto*. La Meridiana.
- Goldblatt P.O., Jones D.R., Leon D.A., (1984). *Bereavement and cancer: some data on death of office spouses from the longitudinal study of office population censuses and surveys*. British Medical Journal 289, 461-464.
- Kast V., (2005). *L’esperienza del distacco*. Edizione Red.
- Kubler-Ross, E., (1995). *La morte è di vitale importanza*. Armenia.
- Lerner G., (1997). *Ho vissuto la tua morte*, Edizioni Giunti.
- Marconi R., Moschini M., Mulone E., Pigozzo E., Saugnani V., (2002). *Approccio sistemico al lutto, atti del corso “il terapeuta sistemico tra Fondamentalismo e Circolarità”*, Auditorium della Clarissa Rapallo (Ge).
- Messina S.,(2003). *Senza rancori, rimpianti e rimorsi. Riflessioni “per vivere e morire”*. Effatà Editrice.
- Vanotti, M. (1991). *“Elaborazione del lutto attraverso le generazioni”* – Terapia Familiare 36.





Finito di stampare nel giugno 2015 da

EDICTA
EDIZIONI