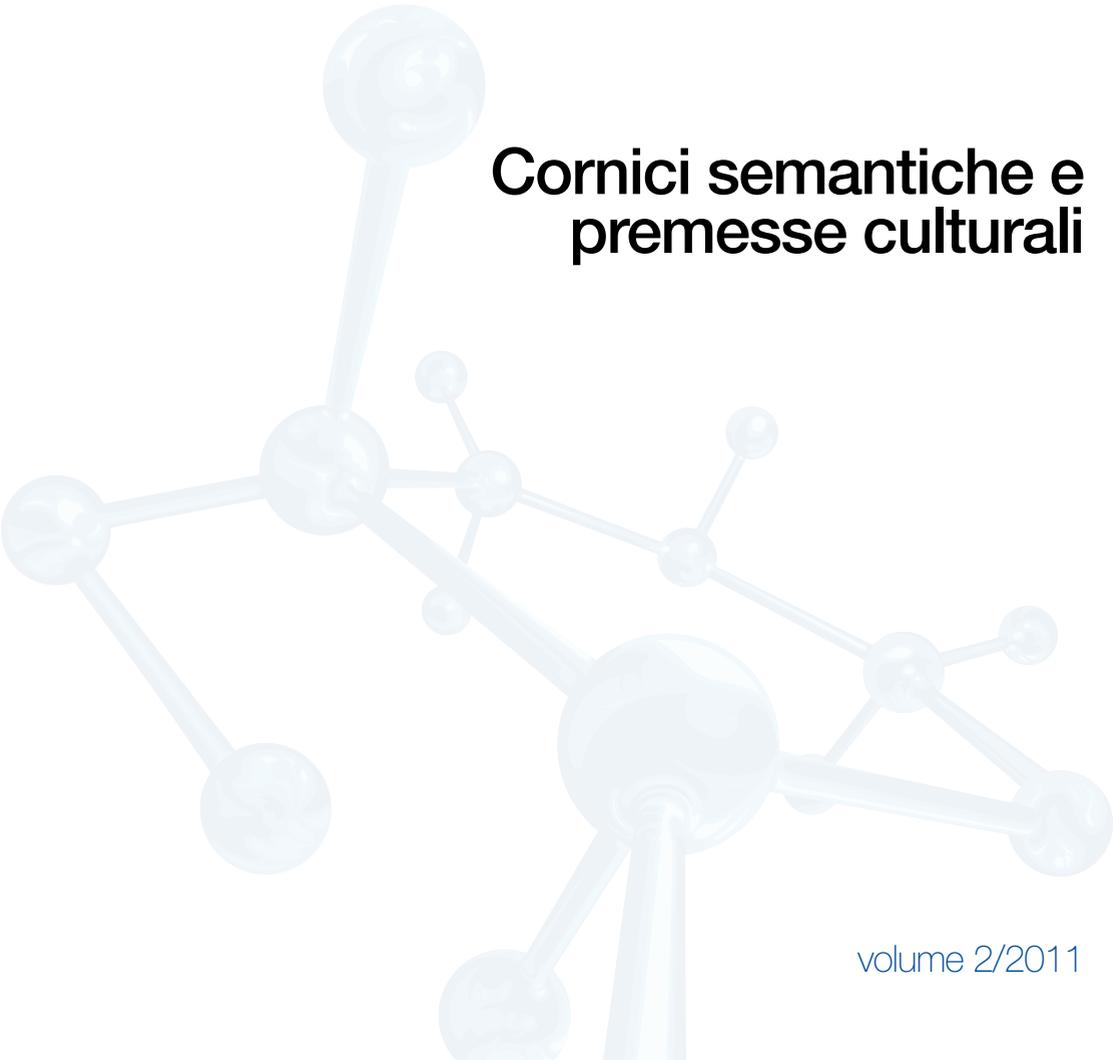


CAMBIA-MENTI

Rivista dell'Istituto di Psicoterapia Sistemica Integrata



**Cornici semantiche e
premesse culturali**

volume 2/2011

Direttore Responsabile

Antonio Restori

Direttore Scientifico

Mirco Moroni

Coordinamento redazionale

Gabriele Moi

Redazione: Alberto Cortesi, Fabio Sbattella, Alessia Ravasini, Valentina Nucera, Gianandrea Borelli, Francesca Giacobbi, Monica Premoli, Gianfranco Bruschi

Comitato Scientifico:

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

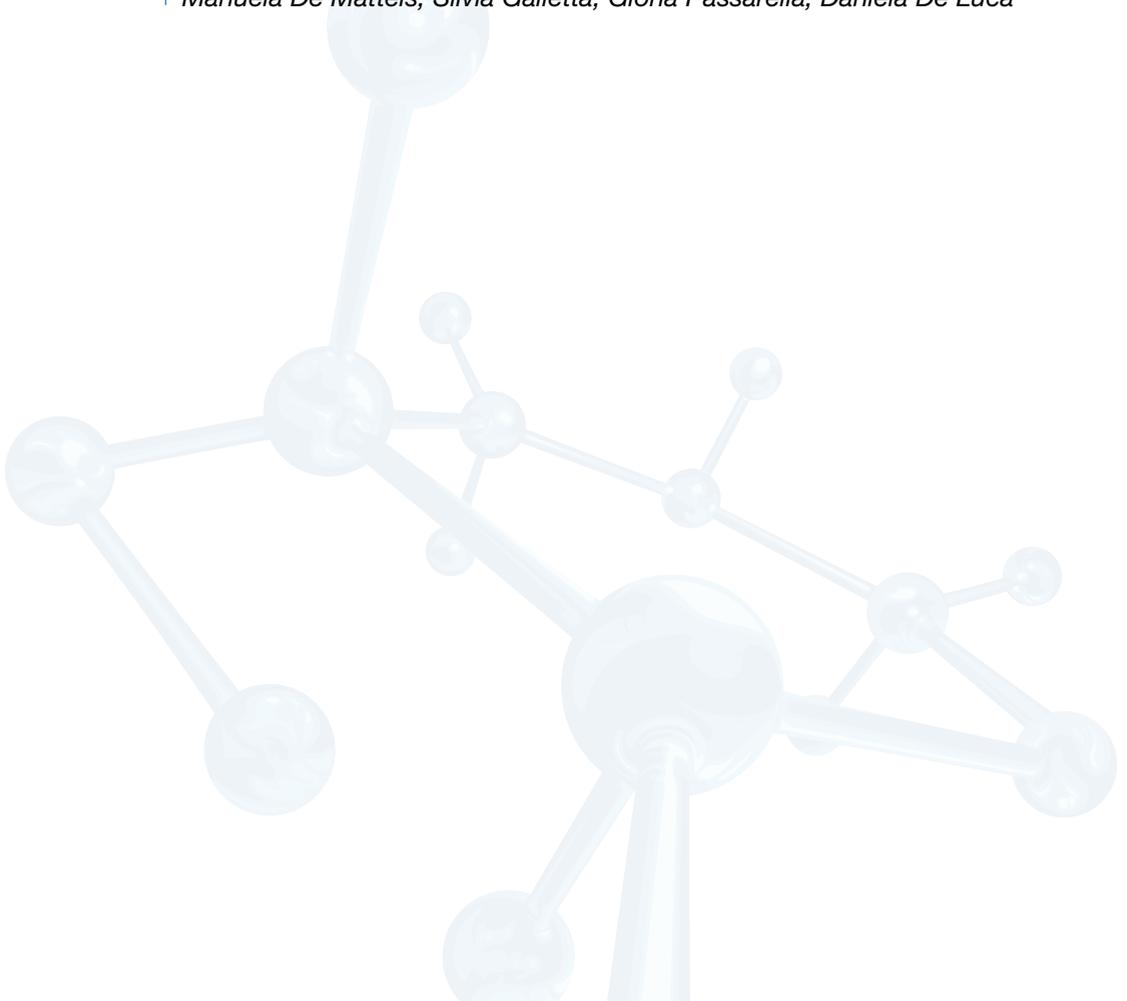
Segreteria organizzativa:

Barbara Branchi



Indice

- pag. 5 | **La natura sistemica dei Modelli Operativi Interni**
Gabriele Moi
- pag. 17 | **“Per fare un fiore ci vuole un seme”,
per fare un matto ci vuole il DSM-IV-TR ?...**
Barbara Branchi
- pag. 25 | **La Diagnosi in ottica sistemica, uno sguardo oltre il DSM**
Elisabetta Carlotti
- pag. 43 | **Un figlio: nascita e rinascita dei sistemi**
Eleonora Russo e Giulia Zanvettor
- pag. 69 | **La Paternità nella società Post-Moderna. Uno sguardo sociale e clinico**
Daniela De Martino e Daniela Ferrari
- pag. 87 | **La famiglia multiproblematica.
Qual'è il sistema da prendere in considerazione?**
Manuela De Matteis, Silvia Galletta, Gloria Passarella, Daniela De Luca



La natura sistemica dei Modelli Operativi Interni

Gabriele Moi, didatta IDIPSI

Sommario

Il Modelli Operativi Interni (MOI) (Bowlby, 1973) sono modelli mentali che guidano e regolano il funzionamento umano, cioè strutture di riferimento che conservano la configurazione temporale e spaziale del mondo reale. È mediante i MOI che i pattern di attaccamento dell'infanzia sono trasposti alla vita adulta e si trasmettono alle generazioni successive. Le teorie di Bowlby e le sue intuizioni si sono arricchite, negli anni, di contributi importanti: Fonagy (2001), introduce il concetto di 'funzione riflessiva', una sequenza di sistemi rappresentazionali fondati sulle aspettative circa le caratteristiche interattive dei primi care givers (create durante il primo anno di vita e successivamente elaborate), sulle rappresentazioni di eventi e sui ricordi autobiografici a cui il soggetto fa risalire le esperienze di attaccamento e sulle capacità di comprendere le caratteristiche psicologiche di altre persone e distinguerle dalle proprie; Fivaz-Depeursinge e Corboz-Warney (1999) nella "competenza triangolare" focalizzano l'attenzione non più sulla diade, ma su una matrice relazionale triadica; David Reiss (1989) cerca di integrare teoria dell'attaccamento e teorie sistemiche proponendo le nozioni di Famiglia Rappresentata e Famiglia Concreta. A Byng-Hall e Stevenson-Hinde (1991) si deve la definizione di 'copione familiare' come insieme dei modelli di lavoro condivisi dai membri della famiglia.

Parole chiave:Attaccamento, modelli operativi interni, base sicura, funzione riflessiva, copione familiare, competenza triangolare

Summary

The internal working model (IWM) (Bowlby, 1973) are mental models that guide and regulate human functioning, ie the reference structures that preserve the temporal and spatial configuration of the real world. It is through the IWM that attachment patterns are transposed childhood to adulthood and are transmitted to subsequent generations. The theories of Bowlby and his insights have been enriched over the years, important contributions: Fonagy (2001), introduces the concept of 'reflective function', a sequence of representational systems based on expectations about the interactive features of the first care givers (created during the first year of life and subsequently processed), on the representations of autobiographical memories and events to which the subject traces the experiences of attachment and the ability to understand the psychological characteristics distinguish them from other people and their; Fivaz-Depeursinge and Corboz-Warney (1999) that the "competence triangular" focus attention not on the dyad, but on a triadic relational matrix; David Reiss (1989) to integrate the attachment theory and systems theory, proposing the concepts of Family Represented and Family Concrete. At Byng-Hall and Stevenson-Hinde (1991) was responsible for the definition of 'family script' as a set of work patterns shared by members of the family.

Key words: Attachment, internal working models, secure base, reflective function, family script, competence triangular

Nell'opera "Attaccamento e perdita" (Bowlby, 1969, 1973, 1980) si ritrova il punto di arrivo di un lungo percorso rivolto agli effetti dell'adeguatezza delle cure materne sullo sviluppo dell'individuo. Accanto ai più classici studi sulla relazione diadica care giver-bambino, si trovano studi sulla valutazione degli stili di attaccamento e sulla sua trasmissione intergenerazionale, indagini circa il legame di attaccamento entro la coppia e, più recentemente, entro l'intera costellazione familiare e ancora riflessioni intorno al rapporto epistemologico fra la prospettiva intersoggettiva e la teoria dell'attaccamento. Altra importante area di indagine si rintraccia, inoltre, nel tema delle declinazioni di tale teoria nel trattamento psicoterapeutico, nonché a proposito della costruzione delle rappresentazioni mentali e delle narrazioni relative alle esperienze di attaccamento. Procedendo a ritroso, individuamo nell'opera di Bowlby (1973) la definizione del termine attaccamento, concetto con il quale l'Autore si riferisce alla **capacità della figura genitoriale di sostenere le sensazioni di sicurezza del bambino**. Per estensione esso consiste nella condizione nella quale un individuo è legato emotivamente ad un'altra persona, generalmente percepita come più grande, più forte e più saggia; esso è cioè lo stato e l'attualità degli attaccamenti di un individuo, attaccamenti che si dividono in sicuri e insicuri (Holmes, 1993). Prova di tale legame è costituita, come sottolinea Holmes (1993), dalla **ricerca di prossimità**, che per Bowlby coincide con la pulsione sociale primaria, dal fenomeno della **base sicura**, espressa come insieme delle interazioni diadiche fra il bambino e il *care giver* (corrispondente allo sfondo di sicurezza descritto da Sandler all'interno del modello psicoanalitico), e dalla protesta per la separazione. Nel modello di

sviluppo psicologico che descrive Bowlby molteplici sono i possibili percorsi che un individuo può intraprendere durante l'infanzia a seconda delle interazioni con il *care giver* ed è dalle interazioni ripetute nell'infanzia con la figura di attaccamento che si produce, a partire dall'adolescenza e in seguito ad esperienze di attaccamento positive, la rappresentazione della base sicura.

Bowlby predilige la teoria epigenetica (Waddington, 1977), secondo la quale vi sono differenti percorsi di sviluppo possibili dipendenti dalle condizioni ambientali. Tale approccio consente una più raffinata spiegazione delle interazioni tra un individuo e il suo ambiente e permette altresì di concepire lo sviluppo come processo in divenire, libero da schemi fissi e, al contrario, legato ad un compromesso epigenetico tra i bisogni di attaccamento e la figura capace di sostenerli. Sebbene il bambino abbia una naturale propensione a formare attaccamenti, la natura e le dinamiche di questi dipenderanno dall'interazione fra l'organismo e il suo ambiente. Diversamente dal modello evolutivo psicoanalitico, inoltre, Bowlby afferma che i pattern di attaccamento persistono per tutta la vita, sono flessibili e, se di tipo insicuro, possono essere modificati da buone esperienze. Innesco dalla separazione o dalla minaccia di separazione dalla figura di attaccamento è il **'comportamento di attaccamento'**, costituente il comportamento che appare in un soggetto che cerca la vicinanza con un altro individuo differenziato e preferito.

Alla base dell'attaccamento e del comportamento di attaccamento è quindi il **'sistema comportamentale di attaccamento'**, che comprende il pattern reciproco di comportamenti mostrati da chi cerca e da chi dà le cure e di cui entrambi i soggetti coinvolti sono consapevoli. Esso consiste quindi in

un modello del mondo in cui vengono rappresentati il Sé, gli altri significativi e le loro interrelazioni. Strettamente interconnesso è inoltre il **'sistema comportamentale esplorativo'**, che Ainsworth (1967) identifica nella disponibilità da parte della figura di attaccamento a fornire una base sicura per l'esplorazione.

Centrale nella teoria di Bowlby è il concetto di **Modelli Operativi Interni (MOI)**. Sulla base della teoria cognitiva di Beck, infatti, Bowlby afferma che gli individui necessitano di una mappa del mondo per controllare e manipolare l'ambiente e ciò mediante due differenti modelli: uno 'ambientale', che informa sulle cose del mondo, ed uno 'organismico', che informa su se stessi in relazione al mondo. Riprendendo Craik, secondo il quale gli individui interiorizzano una relazione con se stessi, gli altri e la relazione fra questi due poli e importano nella propria testa un modello su piccola scala della realtà esterna (Craik, 1943), Bowlby (1973) afferma che i MOI sono modelli mentali che guidano e regolano il funzionamento umano, cioè strutture di riferimento che conservano la configurazione temporale e spaziale del mondo reale.

Le ripetute interazioni del bambino con il mondo esterno, quindi, portano allo strutturarsi di modelli operativi del comportamento prevedibile delle figure significative, di se stesso e dell'interazione fra tali diversi comportamenti (Bowlby, 1973). È quindi la presenza/assenza della figura di attaccamento che genera fiducia o sfiducia nella sua stessa disponibilità ed è su tale ontogenesi che si fondano le caratteristiche chiave dei MOI, che permettono al bambino di orientarsi rispetto alle relazioni sapendo chi sono le figure di attaccamento, dove le si può trovare e come esse reagiranno dinanzi a richie-

ste di cure e conforto. Similmente Horowitz (1987) parla di **'modelli di relazioni di ruoli e 'schemi Sé-altro'**, ovvero modelli rappresentazionali utilizzati dal bambino per predire il mondo e mettersi in relazione con esso, mentre Stern (1985) delinea il concetto di 'rappresentazioni delle interazioni generalizzate' (RIG) per spiegare l'intersoggettività nucleare che sostanzia la natura umana sin dall'età neonatale. Se nell'ambito delle neuroscienze alla base dell'intersoggettività è posta la scoperta dei neuroni specchio, Stern afferma l'esistenza precoce di stati affettivi interni che si sviluppano dentro la matrice intersoggettiva in cui il soggetto cresce, stati che si sviluppano poi grazie alle esperienze di interazione, e riconosce, a partire dal secondo mese di vita, lo sviluppo della consonanza affettiva, equivalenza cross-modale delle esperienze affettive interpersonali su cui si fonda *in nuce* il concetto di empatia (Gallese, 2003).

Sempre Gallese (2003) sostiene che lo studio delle relazioni interpersonali, alla cui base collochiamo l'esperienza di attaccamento, mostra il carattere sociale della mente umana. A fondamento dell'intersoggettività egli pone la costruzione di uno spazio primitivo Sé-Altro (spazio noi-centrico) che si caratterizza per una forma paradossale di intersoggettività priva di soggetto. L'Autore afferma, più nello specifico, che all'inizio della vita abitiamo e condividiamo con gli altri uno spazio interpersonale multidimensionale, che occupa anche in età adulta una consistente parte dello spazio semantico sociale e che egli riconduce alla modellizzazione degli oggetti e degli eventi (fondata in primo luogo sull'azione dei neuroni specchio) con cui interagisce il soggetto e da cui esso trae la propria conoscenza del mondo. Intersoggettività e attaccamento possiedono dunque la stes-

sa ontogenesi e come sistemi motivazionali primari si sostengono a vicenda, il primo creando le condizioni necessarie all'attaccamento e quest'ultimo favorendo lo sviluppo dell'intersoggettività mediante la vicinanza a persone significative (Lavelli, 2007).

Accanto ad un aspetto cognitivo dei MOI si pone la natura affettiva ad essi applicabile, secondo la quale la mappa è costruita a partire dalla generalizzazione delle esperienze relazionali tra il soggetto e gli agenti delle cure materne (*care givers*) e risente del bisogno di difendersi dalla perdita e dai bisogni dolorosi. Se dunque un bambino sicuro immagazzinerà un modello operativo interno di un agente di cure sensibile, amorevole ed affidabile e di un Sé meritevole di amore e attenzione, portando tali assunti ad influire sulle proprie relazioni, ciò tuttavia comprende anche il rischio che venga interiorizzata la mappa distorta ed incoerente del mondo che caratterizza lo stile di attaccamento insicuro, in cui il mondo è visto come luogo pericoloso, nel quale gli altri vanno trattati con precauzione e il Sé non è meritevole di amore. Tali assunti sono inoltre persistenti e meno passibili di modificazione in base alle successive esperienze.

È quindi mediante i MOI che i pattern di attaccamento dell'infanzia sono trasposti alla vita adulta e si trasmettono alle generazioni successive.

Numerose sono le evoluzioni portate negli ultimi decenni rispetto agli originari concetti bowlbiani inerenti l'attaccamento e la costruzione dei MOI, evoluzioni teoriche che Fonagy (2001), mediante il concetto di **'funzione riflessiva'**, riassume in una sequenza di sistemi rappresentazionali fondati sulle aspettative circa le caratteristiche interattive dei primi *care givers* (create durante il primo anno di vita e successivamente elaborate),

sulle rappresentazioni di eventi e sui ricordi autobiografici a cui il soggetto fa risalire le esperienze di attaccamento e sulle capacità di comprendere le caratteristiche psicologiche di altre persone e distinguerle dalle proprie (capacità che Trevarthen, nel 1993, collega ad una sana ed efficace comunicazione emotiva, in cui il soggetto lascia che il suo stato della mente sia influenzato da quello dell'altro).

Secondo Bretherton (1991) i MOI sono il prodotto di una serie di operazioni di immagazzinamento, richiamo alla memoria e costruzione delle informazioni, in quanto il concetto di Modello Operativo da un lato consiste nei modelli organizzati nella memoria a lungo termine, dall'altro nella memoria operativa, essendo tali modelli anche deputati alla comprensione delle nuove situazioni che si presentano all'individuo. I modelli della memoria operativa vengono quindi revisionati sulla base delle rappresentazioni di persone o oggetti e delle relazioni contenute nella conoscenza individuale di base a lungo termine. Tale capacità ha un significato adattivo e l'adeguatezza con la quale i modelli simulano le relazioni con il mondo esterno e creano MOI di se stessi che includono il proprio e gli altrui processi rappresentazionali, fonda la caratteristica evolutiva principale della specie umana. Bretherton, inoltre, spiega il funzionamento del sistema di memoria a lungo termine nella costruzione dei MOI con l'attivazione di copioni, descritti per la prima volta da Schank e Abelson nel 1977, intesi come strutture di rappresentazioni organizzate in sequenze che comprendono schemi di azioni, relazioni ed emozioni, compreso il contesto in cui tali processi hanno luogo, similmente a quanto affermato da Byng-Hall (1995), secondo cui i copioni sono rappresentazioni di interazioni multipersonali

e si attivano all'interno della famiglia. È infatti possibile, secondo l'Autrice, concettualizzare l'esistenza di schemi generalizzati che riguardano le esperienze di attaccamento, per cui in tale prospettiva i MOI divengono rappresentazioni mentali composte di sistemi di schemi, anche procedurali, organizzati gerarchicamente. Esperienze negative di attaccamento determineranno quindi modelli interni di relazione poco coerenti, perché vittime di processi difensivi di distorsione dell'informazione, portando quindi alla costruzione di pattern insicuri di attaccamento, particolarmente resistenti al cambiamento. Siegel (1999), sostiene che a livello della mente le relazioni di attaccamento aiutano il cervello immaturo del bambino e ciò attraverso gli scambi emotivi con il genitore. Tali scambi devono essere caratterizzati, perché si crei un rapporto di attaccamento sicuro, dalla capacità dell'adulto di reagire in maniera pronta ed adeguata ai segnali trasmessi dal bambino, fornendo risposte che favoriscano la produzione di stati emozionali positivi e che facilitino il controllo di quelli negativi.

Accanto all'organizzazione delle esperienze, i rapporti di attaccamento influenzano, secondo Siegel, lo sviluppo dei circuiti neuronali e hanno diretti effetti sulle attività cerebrali che mediano i processi mentali fondamentali (memoria, narrativa autobiografica, emozioni, rappresentazioni e stati della mente), per cui la presenza di attaccamenti insicuri porterà ad un significativo rischio per il successivo manifestarsi di condizioni psicopatologiche ed è dallo scambio e dalla co-regolazione dei segnali cerebrali che è possibile, secondo l'Autore, osservare lo sviluppo della sintonizzazione affettiva descritta da Stern nel 1985. Siegel, inoltre,

osserva che lo sviluppo del modello mentale di attaccamento dipende dall'attività della memoria implicita (la memoria procedurale che riproduce il già noto dell'esperienza del soggetto), la quale consente al soggetto di prevedere quali saranno nel futuro le caratteristiche del rapporto di attaccamento. La rilevanza del suo contributo risiede nell'osservazione che le esperienze di attaccamento partecipano all'aumento della capacità di conoscenza auto-noetica del soggetto sin dalla prima vita infantile.

Gli stati della mente esperiti dal bambino entrano infatti sin dal primo anno di età nella memoria emozionale e sono quindi appresi a livello implicito, venendo stabilmente iscritti nel cervello del soggetto. Centrale è quindi la distinzione fra memoria implicita (procedurale, non associata all'esperienza soggettiva interna ma implicata nella creazione dei modelli mentali) e la memoria esplicita (associata all'esperienza soggettiva interna e nel caso della memoria autobiografica a un senso di sé e del tempo) a sua volta comprendente la memoria episodica o autobiografica e la memoria semantica. Quest'ultima è da intendersi come insieme di rappresentazioni preposizionali che non evocano il viaggio mentale nel tempo e che quindi sono da ricondursi alla conoscenza noetica; la prima è intesa invece come fondata su processi auto-noetici (ovvero di conoscenza di se stessi, concetto che Napolitani riconduce all'esperienza vissuta o *erlebnis*), mediati dalle aree corticali frontali, che spiegano la capacità di avere una rappresentazione di se stessi nella realtà presente e in un futuro immaginario e che sembrano dipendere dal dialogo e dalle relazioni interpersonali fra il bambino e il *care giver*, a conferma della natura contesto-dipendente della memoria esplicita, la cui attività è mediata dall'ippocampo, zona depu-

tata alla costruzione delle mappe cognitive dell'esperienza.

Wheeler (1997), inoltre, propone, come riporta Siegel, una distinzione fra memoria episodica e autobiografica, le quali sembrerebbero sottostare a due distinti processi, la prima implicante un senso di sé nel tempo, la seconda priva di tale valore. I modelli della memoria implicita, quindi, consentono di percepire e filtrare gli elementi della memoria esplicita ed è a sua volta possibile riconoscere le influenze esercitate dai ricordi impliciti, anche a livello non verbale, sul comportamento e sulle narrazioni.

La capacità narrativa svolge, infatti, il fondamentale ruolo di portare alla creazione di storie condivisibili da cui derivano particolari forme di comportamento che possono influenzare il mondo interiore ed avere effetti sulla modulazione delle emozioni e sull'organizzazione del Sé (Siegel, 1999), riflettendo quindi l'interazione sociale alla base dell'esperienza umana e la struttura stessa dei processi narrativi individuali associati alle precoci esperienze di attaccamento, che a loro volta si associano allo sviluppo di specifiche modalità di narrazione autobiografica. Bretherton (1987) ritiene inoltre, che nell'approccio linguistico-narrativo sia rintracciabile la costruzione dei MOI, analogamente a Simonelli (2006) che sottolinea negli stili comunicativi e narrativi dell'esperienza interazionale la possibilità dell'adulto di narrare la propria storia di attaccamento. È in ciò che risiede dunque il legame fra comportamento di attaccamento e sua rappresentazione, in quanto è proprio nei correlati rappresentazionali dell'attaccamento nell'adulto che prende forma, per mezzo della comunicazione narrativa e dell'interazione fra i due sistemi

della memoria implicita ed esplicita, il mondo interno dell'individuo rispetto alle relazioni.

I MOI dell'attaccamento, quindi, si costituiranno inizialmente come una sintesi di memorie implicite delle interazioni di attaccamento generalizzate ed esse diverranno, in seguito, memorie semantiche formulabili e formulate verbalmente.

Vi sono evidenze sempre più forti che l'attaccamento insicuro pur non equivalendo a una diagnosi psicopatologica rappresenta un importante fattore di rischio psicosociale, un contesto evolutivo nell'ambito del quale è più probabile l'emergere di problemi e decorsi psicopatologici. Questi dati sostengono la necessità di un approccio psicoterapico che tenga conto delle acquisizioni della teoria dell'attaccamento ed abbia come obiettivo quello di ristrutturare e modificare i modelli operativi interni del paziente.

Un interessante contributo teorico all'integrazione tra teoria dell'attaccamento e teorie sistemiche è stato fornito da David Reiss, che ha proposto di riconciliare e integrare le due nozioni di **Famiglia Rappresentata e Famiglia Concreta**: con il primo termine si riferisce alle immagini internalizzate che ogni membro di una famiglia ha degli altri familiari; con il secondo termine si fa riferimento al mondo immediato delle transazioni e degli scambi familiari osservabili. Secondo Reiss una scienza dei disturbi relazionali dovrebbe utilizzare entrambe queste nozioni, in quanto ogni relazione ha degli aspetti rappresentati e degli aspetti pragmatici

Sulla scorta delle riflessioni compiute possiamo concepire la teoria dell'attaccamento oltre la sola relazione diadica madre-bambino o *care giver*-bambino, ritrovando in essa un complesso spazio in cui le varie figure che compongono la famiglia e le altre figure significative esterne all'ambito più strettamen-

te familiare trovano una precisa collocazione nello sviluppo della configurazione di attaccamento del soggetto e della sua competenza relazionale.

Main (1999), considerando le evoluzioni della teoria dell'attaccamento, che riconduce al tentativo di validazione delle prime formulazioni bowlbiane a partire dalla Strange Situation Procedure (SSP), sottolinea la necessità di intraprendere studi in relazione al contesto biologico, culturale, ecologico e familiare rispetto alla teoria dell'attaccamento, introducendo la necessità del superamento del monotropismo bowlbiano. L'Autrice infatti osserva la presenza di reazioni non identiche, e quindi di non identici stili di attaccamento, tra il bambino e i due genitori alla Strange Situation, concludendo che la differente qualità delle due relazioni di attaccamento sia l'esito di due separate esperienze intercorse tra il bambino e la madre e tra il bambino e il padre.

È nel concetto di monotropismo che risiede quindi il valore etologico dell'attaccamento esclusivo del bambino con il principale agente di cure, solitamente la madre. Impresionato dagli studi di Lorenz con le ochette, che portano l'etologo alla definizione del concetto di imprinting, Bowlby specularmente ipotizza che un simile processo avvenga anche nello sviluppo infantile.

Le prime obiezioni a tale assunto pervengono dall'osservazione che gli attaccamenti si sviluppino gradualmente e in un lungo arco di tempo, ben al di là del 'periodo sensibile' individuato da Bowlby nel primo anno di vita, e che l'attaccamento umano possa invece essere considerato come gerarchico, in quanto dipendente da una lista di agenti di cure materne che si estende oltre le sole figure genitoriali, comprendendo nonni, fratelli, zii, insegnanti ed altre figure significative.

Tali dati incrinano quindi l'idea dell'esistenza di un unico legame di attaccamento, portando allo studio del ruolo degli 'attaccamenti multipli', quindi della capacità di creare legami di attaccamenti con più figure affettive.

Alla base di questa propensione ad interagire con due o più persone si troverebbe la motivazione sociale di base che Fivaz-Depeursinge e Corboz-Warney (1999) individuano nella '**competenza triangolare**'. Tale matrice relazionale è almeno triadica, è presente già a tre mesi e sembra porsi alla base dello sviluppo delle alleanze familiari.

Per quanto supportata da dati sulle basi evolutive e genetiche del monotropismo (Attili, 2007), non si può escludere la presenza di una propensione neotenuca all'interazione tra il bambino e altri significativi, che influenzeranno la formazione dei MOI rispetto all'attaccamento e contribuiranno all'adattamento del soggetto all'ambiente fisico e sociale. Un tale spostamento di ottica diviene allora possibile e trova nel modello fornito da Hinde e Stevenson-Hinde (1991) un preciso fondamento. Gli Autori infatti richiamano l'attenzione sul dato che le caratteristiche degli individui influenzano la qualità delle loro relazioni. Ciò che appare importante è però il ruolo attribuito alla matrice relazionale complessa che contiene al contempo le relazioni tra gruppi di soggetti in interazione; in linea, dal nostro punto di vista, con quanto affermato in gruppoanalisi circa la costruzione di reti interattive e comunicazionali fondate sulla natura transpersonale della mente individuale.

Come affermano Marvin e Stewart (1999) è necessario, per una comprensione dell'attaccamento nella rete delle relazioni familiari, raffigurare all'interno della famiglia le diverse rappresentazioni di cura e di attaccamento, processo riassumibile secondo gli Autori nel

concetto di 'modelli operativi interni condivisi'. L'interesse per l'influenza che l'attaccamento esercita all'interno della costellazione familiare sembra così portare al superamento del dualismo teorico fra famiglia reale e famiglia rappresentata, frutto cioè di rappresentazioni mentali; in linea con i primi tentativi, inaugurati da Wynne nel 1984, di portare l'attaccamento all'interno dell'epigenesi dei sistemi relazionali.

Byng-Hall (1995) individua il ritardo rispetto all'esplorazione della teoria dell'attaccamento all'interno delle relazioni familiari nella prima scelta di Bowlby di rivolgersi esclusivamente allo studio degli aspetti diadici della relazione fra bambino e *care giver*, a causa della complessità stessa che Bowlby riteneva risiedesse nella compagine familiare, complessità che sembrava rendere la famiglia luogo inesplorabile per la ricerca scientifica.

È quindi con gli studi di Stevenson-Hinde (1990), Byng-Hall e Stevenson-Hinde (1991), Donley (1993) e Doane e Diamond (1994), che i terapeuti della famiglia spostano la teoria dell'attaccamento dalla diade all'intero gruppo familiare, approccio spiegato da Minuchin (1995) alla luce delle relazioni bidirezionali tra i vari membri del contesto familiare. Donley (1993) considera l'attaccamento come processo oltre la diade madre-bambino, diade che l'Autrice riporta entro una più estesa unità emozionale: la famiglia, setting dinamico ed emozionale e luogo di relazioni.

È a Byng-Hall e Stevenson-Hinde (1991) che si deve la definizione di 'copione familiare' come insieme dei modelli di lavoro condivisi dai membri della famiglia, mentre, abbastanza similmente, Stern (1995) parla di interazioni familiari multiple rappresentate sia nei copioni (o 'schemi di essere con' condivisi all'interno del contesto familiare),

che nei miti, nelle leggende, nelle storie e nei romanzi familiari.

Allo scopo di illustrare le aspettative condivise dalla famiglia sul rispetto dei ruoli familiari, Byng-Hall (1995) propone quindi il termine di 'copione familiare', che l'Autore fonda sulla condivisione di una regola fondamentale e prioritaria: l'accudimento. Egli ritiene infatti che un copione di attaccamento familiare includa l'interazione fra tutti i rapporti di attaccamento, implicando da una parte la distribuzione dei ruoli fra chi accudisce e chi cerca cure, dall'altro includendo la rappresentazione mentale che ogni membro ha del funzionamento familiare. Ciò rappresenta quindi la tendenza a porre in rapporto le interazioni familiari manifeste con la configurazione delle relazioni interne, rintracciabili nelle rappresentazioni del gruppo familiare, e conduce altresì alla comprensione del legame esistente fra stile narrativo, pattern comportamentali e disfunzioni presenti all'interno della famiglia, secondo il presupposto tipicamente sistemico che ogni rapporto abbia un'influenza su tutti gli altri.

Fondamentale, nello studio delle relazioni di attaccamento nella famiglia, appare così l'analisi delle modalità con le quali sono immagazzinati gli aspetti procedurali delle relazioni familiari, che Emde (1991) ritrova nelle abitudini complesse, nelle regole quotidiane, nell'alternanza dei turni e negli scambi interpersonali quotidiani che si svolgono all'interno del complesso contesto familiare.

Strettamente collegato appare a tal punto il concetto di '**base sicura della famiglia**', sul quale si fonda la consapevolezza condivisa che i bisogni di attaccamento debbano essere protetti all'interno della rete di relazioni familiari. La base sicura familiare è infatti intesa come famiglia che fornisce adeguate figure di attaccamento che rendono tutti i

membri sufficientemente sicuri e implica, parimenti, l'idea di una responsabilità familiare condivisa che assicura aiuto ad ogni membro della famiglia e quindi sicurezza.

Tra i fattori che influiscono sulla sicurezza Byng-Hall (1995) sottolinea la perdita, o la minaccia di perdita, di una figura di attaccamento (in linea con le prime formulazioni bowlbiane), la competizione per l'accudimento con un altro membro della famiglia, il rivolgersi a figure di attaccamento inadeguate, la ripetizione di perdite esperite nella generazione precedente e messe in atto, tramite precauzioni eccessive, dai genitori attuali, la presenza di esperienze di abuso in famiglia e l'esistenza di conflitti, come le lotte di potere o i conflitti di distanza, che interrompono l'esperienza di accudimento e la capacità esplorativa. Ciò si esprime, secondo Byng-Hall (1999), nella ricerca dei modelli cooperativi di collaborazione tra i membri durante l'accudimento, nella priorità del bisogno di offrire accudimento e nell'appartenenza familiare.

Proprio al concetto di appartenenza familiare sembra poter essere ricondotta la costruzione delle relazioni di identità sociale, garanzia per gli individui della capacità di predire le conseguenze del comportamento altrui (Gallese, 2003) mediante l'attribuzione di uno status di identità che riduca le differenze entro un'appartenenza condivisa che assicura continuità, anche mediante la creazione di quella che Reiss (1989) definisce memoria di gruppo, memoria che ciascun membro della famiglia ha e che nasce dal concreto incontro fra tutti i membri della famiglia, che collaborano alla costruzione di una memoria condivisa.

La famiglia è quindi da intendersi, in linea con il pensiero gruppoanalitico, come il luogo in cui si apprendono modelli multidimen-

sionali e il pensiero familiare, in tale contesto, è visto come il mediatore tra lo scorrere delle generazioni e tra la gruppaltà familiare e la complessa realtà del mondo. La famiglia è definibile dunque come la matrice familiare che fornisce al bambino i significati cruciali per la costituzione di un'immagine stabile del Sé e la sua mobilità rende il membro della famiglia capace di trasformare questi significati in nuove interpretazioni del mondo (Lo Verso, 1994). Per dirla con Foulkes (1973) il bambino è determinato dal contesto relazionale, cioè l'equilibrio relazionale intrapsichico è sempre legato a quello delle relazioni interpersonali.

Nell'ambito di questo ampio e sfaccettato panorama relazionale si collocano inoltre gli studi sul ciclo evolutivo del legame di attaccamento, fondati sull'assunto che quest'ultimo sia sottoposto a costanti processi di riorganizzazione e trasformazione lungo l'arco della vita del soggetto.

Il ciclo evolutivo dell'attaccamento, secondo Carli (1999), consiste in una successione di relazioni diadiche che da asimmetriche nell'infanzia diventano simmetriche in età adulta, in funzione della relazione con il partner, e nuovamente asimmetriche nella maturità, in conseguenza dell'inversione dei ruoli del rapporto genitore-figlio tipica della tarda età adulta.

È inoltre applicabile, considerando la famiglia come unica entità relazionale sempre in rapporto con il mondo esterno, la duplice classificazione dell'organizzazione familiare che fornisce Minuchin (1974) in relazione alle due tipologie di attaccamento infantile insicuro descritte da Ainsworth: famiglie invischiate, con prevalenza di pattern ansioso-ambivalenti, e famiglie disimpegnate, in cui domina invece la presenza di uno stile evitante di attaccamento. Allo stesso

modo Stevenson-Hinde (1990) distingue fra un funzionamento familiare adattivo, supportivo e autonomo, corrispondente allo stile di attaccamento sicuro, e funzionamenti basati rispettivamente sullo stile evitante, ambivalente e disorganizzato. Il primo è caratterizzato da un funzionamento distanziante e insensibile che respinge i membri della famiglia, il secondo presenta un funzionamento familiare invischiato ed ipercoinvolto e il terzo, definibile come caotico, rivela invece un funzionamento familiare caratterizzato dall'assenza di struttura e da esperienze di abuso.

Tali modalità familiari fondate sullo sviluppo di relazioni di attaccamento di tipo insicuro si contrappongono quindi a compagini familiari connotate da supportività e fiducia che permettono lo sviluppo delle potenzialità di ciascuno, assunto, per quanto a rischio di eccessivo classificazionismo, non troppo distante dalla concezione del concetto foulkesiano di matrice insatura e satura.

La matrice insatura racchiude difatti la presenza di una possibilità creativa e di un'apertura al nuovo e di una rivisitazione della dimensione mitologica della famiglia, aspetti in cui riecheggiano sia la funzione svolta dalla narrazione quale sistema di trasmissione di relazioni che il concetto di funzione riflessiva; la matrice satura implica all'opposto un'impossibilità creativa e il blocco della nascita del pensiero individuale, che sembra riportare all'impossibilità generativa di emozioni ed affetti circa le esperienze relazionali che si ritrova nell'attaccamento distanziante e nell'invischiamento familiare che satura spazi di sicurezza e che si incontra nello stile pre-occupato.

Bibliografia

- Ainsworth, M. D. S. (1967). Suicidal behavior and attachment: A developmental model. In B. M. Sperling, & H. W. Berman (Eds.), *Attachment in adults: Clinical and developmental perspectives* (pp. 275-298). New York: Guilford Press.
- Attili, G. (2007). *Attaccamento e costruzione evolutivistica della mente*. Milano: Raffaello Cortina.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss* (Vol. 1). New York: Basic Books (trad. it. Attaccamento e perdita, Vol. I, Bollati Boringhieri, Torino, 1972).
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and Loss* (Vol. 2). New York: Basic Books (trad. it. Attaccamento e perdita, Vol. II, Bollati Boringhieri, Torino, 1975).
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and Loss* (Vol. 3). New York: Basic Books (trad. it. Attaccamento e perdita, Vol. III, Bollati Boringhieri, Torino, 1983).
- Bowlby, J. (1988). *A Secure Base*: London: Routledge (trad. it. Una base sicura, Raffaello Cortina, Milano, 1989).
- Bretherton, I. (1987). New perspectives on attachment relations: security, communication, and internal working models. In J. Osofsky (Ed.), *Handbook of infant development* (pp. 1061-1100). New York: John Wiley and sons.
- Bretherton, I. (1991). The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. In C. M. Parkes, J. Stevenson-Hinde & P. Marris (Eds.), *Attachment Across the Life Cycle*. London: Routledge (trad. It. Le origini della teoria dell'attaccamento: John Bowlby e la sua scuola. In C.M. Parkes, J. Stevenson-Hinde, P. Marris, a cura di, *L'attaccamento nel ciclo della vita*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 1995).
- Byng-Hall, J. (1995). *Rewriting family scripts*. New York: The Guilford Press.
- Byng-Hall, J. (1999). Family and Couple Therapy: Toward Greater Security. In J. Cassidy, &

- P. R. Shaver, *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications* (pp. 707-731). New York: Guilford Press.
- Byng-Hall, J., & Stevenson-Hinde, J. (1991). Attachment relationships within family system. *Infant Mental Health Journal*, 12, 187-200.
 - Carli, L. (Ed.) (1999). *Dalla diade alla famiglia. I legami di attaccamento nella rete familiare*. Milano: Raffaello Cortina.
 - Craik, K. (1943). *The nature of explanation*, Cambridge: Cambridge University Press.
 - Di Maria, F., & Lo Verso, G. (Eds.). (2002). *Gruppi*. Milano: Raffaello Cortina.
 - Doane, J. A., & Diamond, D. (1994). *Affect and Attachment in the Family: A Family Based Treatment of Major Psychiatric Disorder*. New York: Basic Books (trad. It. *Affetti e attaccamento nella famiglia*, Raffaello Cortina, Milano, 1995).
 - Donley, M. G. (1993). L'unità emotiva dell'attaccamento. In L. Carli (Ed.), *Dalla diade alla famiglia* (pp.65-92). Milano: Raffaello Cortina.
 - Dozier, M., Cue, K., & Barnett, L. (1994). Clinicians as caregivers: role of attachment organization in treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 793-800.
 - Emde, R. N. (1991). The Wonder of Our Complex Enterprise: Steps Enabled by Attachment and the effects of relationships on relationships. *Infant Mental Health Journal*, 12 (3), 164-173.
 - Fivaz-Depeursinge, E., & Corboz-Warney A. (1999). The primary triangle. New York: Basic Books. (trad. It. *Il triangolo primario. Le prime interazioni fra padre, madre e bambino*, Raffaello Cortina, Milano, 2000).
 - Fonagy, P. (2001). *Attaccamento e funzione riflessiva*. Milano: Raffaello Cortina.
 - Foulkes, S. H. (1973). The Group as Matrix of the Individual's Mental Life. In L.R. Wolberg & E.K. Schwartz (Eds.), *Group Therapy* (pp. 211-220). New York: Intercontinental Medical Book Corporation (trad. it. Il gruppo come matrice mentale dell'individuo. In L. R. Wolberg, E. K. Schwartz, a cura di, *Terapia di gruppo*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma).
 - Foulkes, S. H. (1975), *Group-Analytic Psychotherapy: Method and Principles*. London: Gordon & Breach (trad. It. *La psicoterapia gruppoanalitica*, Astrolabio, Roma, 1976).
 - Gallese, V. (2003). La molteplice natura delle relazioni interpersonali: la ricerca di un comune meccanismo neurofisiologico. *Networks*, 1, 24-47.
 - Hinde, R. A., & Stevenson-Hinde, J. (1991). Perspective on attachment. In C. M. Parkes, J. Stevenson-Hinde, & P. Marris (Eds.), *Attachment across the life cycle*. London: Routledge (trad. it. Prospettive sull'attaccamento. In C. M. Parkes, J. Stevenson-Hinde, P. Marris, a cura di, *L'attaccamento nel ciclo della vita*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 1995).
 - Holmes, J. (1993). *John Bowlby and Attachment Theory*. London: Routledge (trad. It. *La teoria dell'attaccamento*. John Bowlby e la sua scuola, Raffaello Cortina, Milano, 1994).
 - Holmes, J. (2001). *The Search for the Secure Base: Attachment Theory and Psychotherapy*. London: Routledge (trad. it. *Psicoterapia per una base sicura*, Raffaello Cortina, Milano, 2004).
 - Horowitz, M. (1987). *States of mind*. New York: Plenum Press.
 - Lavelli, L. (2007). *Intersoggettività*. Milano: Raffaello Cortina.
 - Lo Verso, G. (1994). *Le relazioni soggettuali*. Torino: Bollati Boringhieri.
 - Main, M. (1995). Attachment Overview with implications for clinical works. In S. Goldberg, R. Muir, & I. Kerr (Eds.), *Attachment theory: social development and clinical perspective* (pp. 407-474). Hillsdale: Analytic Press.
 - Main, M. (1999). Una visione di insieme sulla teoria dell'attaccamento. In L. Carli (Ed.), *Dalla diade alla famiglia. I legami di attaccamento nella rete familiare* (pp.1-13). Milano: Raffaello Cortina.
 - Marrone, M. (1999). *Attaccamento e interazione*. Roma: Borla.
 - Marvin, R. S., & Stewart, R. B. (1999). Una cornice sistemico-familiare per lo studio dell'attaccamento. In L. Carli (Ed.), *Dalla diade alla*

- famiglia. *I legami di attaccamento nella rete familiare* (pp. 19-64). Milano: Raffaello Cortina.
- Minuchin, S. (1974). *Families and family therapy*. Cambridge (Mass.): Harvard University Press (trad. It. *Famiglia e terapia della famiglia*, Astrolabio, Roma, 1976).
 - Minuchin, S. (1995). Families and individual development: Provocations from the field of family therapy. *Child development*, 56, 289-302.
 - Montesarchio, G. (Ed.). (2002). *Colloquio in corso*. Roma: Franco Angeli.
 - Muscetta, S. (2006). Attaccamento e psicoterapia: teoria e ricerca empirica. In N. Dazzi, V. Lingiardi, & A. Colli (Eds.), *La ricerca in psicoterapia: Modelli e strumenti* (pp. 567-590). Milano: Raffaello Cortina.
 - Napolitani, D. (1987). *Individualità e gruppaltà*. Torino: Bollati Boringhieri.
 - Ondarza Linares, J. (2004). Gruppoanalisi e teorie dell'attaccamento: Gli aspetti metodologici e tecnici. *Attualità in Psicologia*, 19 (1-2), 51-60.
 - Ortu, F., Dazzi, N., De Coro, A., Pola, M., & Speranza, A. M. (1992). Un contributo di ricerca sugli stili di attaccamento in preadolescenza: La coerenza della verbalizzazione nell'intervista. *Adolescenza*, 3, 269-287.
 - Pisani, R. (2000). *Elementi di gruppoanalisi*. Roma: Edizioni Universitarie Romane.
 - Reiss, D. (1989). The represented and practicing family: Contrasting visions of family continuity. In A.J. Sameroff & R.N. Emde (Eds.), *Relationship disturbances in early childhood: A developmental approach* (pp. 30-51). New York: Basic Books (trad. it. *La famiglia rappresentata e la famiglia reale*. In A. J. Sameroff, R. N. Emde, a cura di, *I disturbi delle relazioni nella prima infanzia*, Bollati Boringhieri, Torino, 1991).
 - Rycroft, C. (1985). *Psychoanalysis and Beyond*. London: Chatto.
 - Schank, R. C., & Abelson, R. P. (1977). *Scripts, plans, goals and understanding*. Hillsdale: Erlbaum.
 - Siegel, D. J. (1999). *The Developing Mind. Toward a Neuro-biology of Interpersonal Experience*. New York: Guilford (trad. It. *La mente relazionale*, Raffaello Cortina, Milano, 2001).
 - Simonelli, A. (2006). La prospettiva rappresentativo-narrativa dell'attaccamento. In O. Codispoti & A. Simonelli (Eds.), *Narrazione e attaccamento nelle patologie alimentari* (pp.33-61). Milano: Raffaello Cortina.
 - Simonelli, A., & Calvo, V. (2002). *L'attaccamento: Teoria e metodi di valutazione*. Milano: Carocci.
 - Slade, A. (2002). Attachment Theory and Research. In J. Cassidy, & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications* (pp. 652-673). New York: Guilford Press.
 - Speranza, A. M. (2006). La valutazione dell'attaccamento. In N. Dazzi, V. Lingiardi, & A. Colli (Eds.), *La ricerca in psicoterapia. Modelli e strumenti* (pp. 539-566). Milano: Raffaello Cortina.
 - Stern, D. N. (1985). *The interpersonal world of the infant*. New York: Basic Books (trad. It. *Il mondo interpersonale del bambino*, Bollati Boringhieri, Torino, 1987).
 - Stern, D. N. (1995). *The motherhood Constellation. A Unified View of Parent -Infant Psychotherapy*. New York: Basic Books (trad. it. *La costellazione materna*, Bollati Boringhieri, Torino).
 - Stevenson-Hinde, J. (1990). Attachment within family system: An overview. *Infant Mental Health Journal*, 11, 218-227.
 - Trevarthen, C. (1993). The function of emotion in early infant communication and development. In J. Nadel, & L. Camaioni (Eds.), *New perspectives in early communicative development* (pp. 48-81). London: Routledge.
 - Waddington, C. (1977). *Tools for Thought*. London: Cape.
 - Wheeler, M. A., Stuss, D. T., & Tulving, E. (1997). Toward a theory of episodic memory: The frontal lobes and autoeotic consciousness. *Psychological Bulletin*, 121, 331-354.
 - Wynne, L. (1984). The epigenesis of relational systems: A model for understanding family development. *Family Process*, 23

“Per fare un fiore ci vuole un seme”, per fare un matto ci vuole il DSM-IV-TR ?...

Barbara Branchi, Assistente Didatta Scuola di Specializzazione IDIPSI

Sommario

Siamo portati a cercare categorie descrittive per riuscire ad avvicinarsi all'Altro, non ascoltando attentamente le nostre emozioni. Ma se pensiamo alla diagnosi anche come un valore che ci avvicina alla relazione e all'incontro di emozioni e di narrazioni di storie possibili, allora questo strumento, all'apparenza rigido e reificante, può rappresentare un'ulteriore occasione di conoscenza dell'Altro.

Parole chiave:

Diagnosi, relazione, reificare, emozioni

Summary

We usually tend to look for descriptive categories to be able to come closer to the others without listening carefully to our emotions. On the other hand if we think of the diagnosis as a value which lead us closer to the relationship and towards the emotions and possible story telling, then this approach which seems strict on the outside could become a further chance to get to know the Other one.

Key words:

Diagnosis, relationship, emotions

*“Questo non è un manuale di istruzioni
e non sono neanche sicuro
che sia il manuale di quello che io ho fatto.
Il problema è che dubitando di me stesso
non mi fido neppure dei miei pensieri.
Forse nel loro insieme queste considerazioni
sono solo il racconto fantasioso
di come sono riuscito a sopravvivere”.*
(Carl A. Whitaker, 1990)

*“I sistemi di credenze, per lungo tempo considerati
come rappresentazione di eventi reali
sono ora pensati come storie che gli esseri umani si narrano
per organizzare e interpretare la loro esperienza.
Dunque la” patologia” è solo una particolare struttura narrativa,
e la terapia un intervento su di essa”.*
(Michael White, 1992)

Rendere questo titolo in forma interrogativa, mi permette di porre questa idea come se fosse una delle possibili letture che alcuni “clinici della psiche” potrebbero ritenere propria rispetto ad un certo utilizzo del DSM-IV-TR/ **Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders Text Revision** (Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali-IV-TR, 2000).

Oppure permette, per cercare di rendere il mio pensiero maggiormente comprensibile, di non esitare in uno dei possibili rischi, in cui si potrebbe incorrere, qualora si tendesse ad utilizzare tale strumento, uno dei diversi che possediamo nella pratica clinica, perché, di questo, a mio parere si tratta, come l’unica opzione che è possibile utilizzare nell’incontro dell’Altro sofferente.

Potremmo, tanto per cominciare, intendere il DSM, una delle possibili iniziali credenze/ narrazioni che ci permette l’incontro con il disagio e la sofferenza altrui.

Come Cecchin, ben ci ricordava: “... I Sinto-

mi, se vengono letti bene, ci danno la possibilità di comprendere la direzione verso cui dobbiamo lavorare per ampliare la capacità dei sistemi viventi. ... posizione altamente strategica. Possono essere visti come malattia, ma anche, come risorsa. Le sintomatologie evidenziano sia la situazione di rigidità e di “stasi perfetta” in cui si trova il sistema, sia le fessure e le debolezze attraverso le quali produrre il cambiamento. ... Negare la duplicità funzionale dei sintomi ed iscriverli solo in un dominio di patologia è un modo del sistema per difendersi ed autopertuarsi.”
(Cecchin, Apolloni, 2003, p.91).

Se proviamo, quindi, ad avvicinarci al pensiero degli autori sembrerebbe essere utile accostarci al mondo della diagnosi e in modo specifico al mondo della diagnosi categoriale, secondo il DSM IV/TR, in modo critico/possibilista e non “demonizzante”.

Cercare di far nostra la possibilità che sia il nostro modo di vedere la diagnosi ad indicarcene l’utilizzo più o meno relazionale,

partendo dal presupposto che non sia una premessa rigidamente acquisita a guidarci nella relazione diagnostica, ma l'idea che la diagnosi sia solo uno dei diversi motivi che conducono all'incontro con l'Altro sofferente. A livello epistemologico, e questo è uno dei possibili rischi, il considerare, come propria, la rigidità di una definizione, che non permette soluzioni alternative, potrebbe portare il clinico ad aderire alla diagnosi e alla conoscenza delle diverse categorie secondo modalità, forme e contenuti costruiti a priori, mentre credo che il possibile accostarsi, conoscere, ed approfondire la realtà diagnostica e i suoi strumenti, con un "obiettivo primario di utilità relazionale", con finalità consapevoli di tipo relazionale, permetterebbe "una diversa narrazione".

Secondo Maturana e Varela (1980) possiamo dire che i sistemi vengono creati dall'osservatore e la realtà viene creata dall'interazione tra osservatore e osservato: se un clinico decide che esiste qualcosa di patologico, potrebbe crearsi un sistema di questo tipo; la patologia sembrerebbe, dunque, una definizione, una descrizione, una credenza, una narrazione di un possibile vissuto, che porta all'incontro dell'Altro sofferente con un clinico/terapeuta.

Starebbe, pertanto, al clinico non correre il pericolo di "ingabbiare" il rapporto, per meglio dire la relazione, in un percorso obbligato che influisce in un determinato modo sul proseguimento del rapporto terapeutico, ritenendo la definizione, la descrizione, la diagnosi come un "dato di fatto" rigido con la tendenza alla reificazione, ma considerandola, invece, poi per quello che effettivamente ha potenzialmente in sé, cioè una delle modalità, che la persona che incontriamo, ci porta come possibile "definizione" di sé, che in quel momento riesce a "sopportare".

Nasce nell'incontro con il clinico/terapeuta l'occasione che la diagnosi non diventi una "gabbia diagnostica", che rischia di impedire ulteriori sviluppi utili ad una rivisitazione, rilettura della storia individuale, familiare, interpersonale della persona.

Credo che Bianciardi nel suo articolo del 1999 declini in modo magistrale quello che è stata la mia esperienza professionale, il mio contatto e il mio stare nel "mondo della diagnosi": *"...Ritengo non abbia senso proporre l'una alternativa come meglio dell'altra, e quindi demonizzare l'uso della diagnosi, o, all'opposto, qualificare come irresponsabile un approccio clinico che privilegi una posizione di 'non sapere'. Meglio, piuttosto, essere consapevoli della cornice concettuale e delle premesse epistemologiche entro cui ciascuna delle due opzioni si colloca – ed esserne consapevoli per non dimenticare mai (e permettere che altri ci ricordino) che di opzioni nostre, e non di proprietà del reale, si tratta, per cui è saggio non prendere troppo sul serio né l'una né l'altra opzione, e non dimenticare che l'una può mantenersi vitale, creativa, evolutiva solo ove riconosca e non rifiuti l'altra"* (Bianciardi, 1999).

Non credo utile per il clinico/terapeuta sostenere di essere contrario a priori alla diagnosi e, pertanto, ritenere non importante conoscere in modo approfondito cosa si intende per psicopatologia e cosa racchiuda; rischierebbe di cadere, a sua volta, in una posizione di non funzionale, non favorevole comunicazione e condivisione e collaborazione con chi spesso, è l'inviante di una situazione, specialmente per chi si troverà a lavorare nel Servizio Sanitario Pubblico.

Per chi ha la fortuna di lavorarci, specialmente in particolari servizi, penso sia difficile non trovarsi a contatto con il "mondo delle diagnosi", per me è stato impossibile; ritengo

l'incontro con la diagnosi e i suoi strumenti molto importante ed evolutivo nel tempo; forse a chi legge parrà atipico, ma hanno contribuito essi stessi a non farmi troppo "innamorare" del mio modo di osservare e ri-leggere i vissuti altrui.

La mia esperienza di psicologo clinico con le diagnosi dei pazienti non è stata unicamente attraverso la lettura e lo studio delle categorie del DSM-IV-TR, ma attraverso, soprattutto, l'utilizzo degli strumenti per gli approfondimenti psicodiagnostici; è, anche, grazie ad essi, che, attraverso la mia adesione alla circolarità e ipotizzazione, sono giunta a ritenere, decisamente rispettoso nei confronti delle storie delle persone che incontro, non poter prescindere dal conoscere in modo consapevole, ma approfondito, le descrizioni che mi portano delle loro sofferenze, che molto, spesso sono nei termini di definizioni sintomatologiche molto precise, a cui tendono ad aderire in modo molto "geloso".

Diverse le persone, che nel tempo ho conosciuto per motivi clinici, che nei tanti incontri che facevano con me, mi portavano delle descrizioni di sé che favorivano forme linguistiche categoriali, già molto precise, e che non riuscivano ad abbandonare anche solo per raccontarsi con "esemplificazioni" differenti...: "sono Depresso, sono Bipolare...ma di tipo 2, sono impulsivo...con tratti Borderline...".

Pertanto, non potevo e, non credo, ora, clinicamente etico, esimermi da poter leggere, con rispetto, le loro diagnosi come possibili descrizioni/narrazioni iniziali, che nel momento dell'incontro riuscivano-riescono a portare nei contesti di cura, permettendo il nostro incontro e la nostra conversazione sui vissuti e, inoltre, l'apertura all'utilizzo di parole, anche con punteggiature e significati differenti.

Quindi la conoscenza della psicopatologia non come un cassetto categoriale in cui chiudere tutti i segni, sintomi, descrittori, vissuti che la persona ci racconta, ma come possibile chiave per aprire possibili connessioni con la complessità del sistema incontrato. Non un arrivo, ma una possibilità transitabile per poter conoscere la storia che nel momento dell'incontro tra il clinico/terapeuta e la persona, necessita di attraversare questo tipo di linguaggio, che se dialogato potrebbe aprire lo svilupparsi di realtà differenti e di nuovi significati. Non reificare ed enfatizzare diagnosi drammatiche, che potrebbero incorrere nel "vedere" solo deficit e malattia, ma valorizzare le risorse del paziente e dei familiari, anche attraverso: "... lo stare accanto ai sintomi così come parti di un racconto in divenire, con l'obiettivo di creare un contesto protettivo ed empatico nei confronti del paziente e della sua sofferenza...", potrebbe declinare una modalità costruttiva di accostarsi alla diagnosi (Selvini, 2003).

La conoscenza della psicopatologia, soprattutto per chi opera all'interno dei Servizi Pubblici Sanitari, come elemento costruttivo della relazione con la persona, che perviene in consulenza, facilita lo scambio e la comunicazione con i colleghi che lavorano sulla situazione.

Il rischio di una non conoscenza o di una conoscenza superficiale del racconto psicopatologico portato, per il timore di non "etichettare", potrebbe delineare una presa in carico parziale della persona, la decisione di osservare, stare accanto solo ad una parte della persona e della sua storia, come se decidessimo, "imprigionati in una idea perfetta", assaporando uno specifico alimento, di saperlo giudicare, rifare e riconoscere, dimenticando i molteplici fattori che hanno portato alla realizzazione dello stesso.

È come se per il timore di non aderire ed essere assorbiti dalle ideologie psichiatriche diagnostiche, guidati dalle nostre premesse in modo rigido, non ci permettessimo, di approfondirle e di cercare in esse spunti e stimoli creativi per navigare nella profondità delle relazioni umane.

Considerando, inoltre, la complessità della sofferenza umana, non possiamo non avvalerci di una visione completa di un qualsiasi problema (come quella di un oggetto tridimensionale), che rappresenti contemporaneamente l'immagine del problema stesso osservato da tutte le angolazioni possibili. La diagnosi, quindi, come possibile parte integrante ed in divenire della relazione terapeutica, e della storia portata dalla persona (Vittandini, Giorgi, 1996).

Parafrasando Boscolo e Bertrando (1996) potremmo vedere la diagnosi o l'approfondire la psicopatologia come un processo di attribuzione linguistica, partendo dall'idea che se la "realtà" emerge dal linguaggio attraverso il consenso, anche i concetti di patologia, malattia, sintomatologia, categorie diagnostiche, ma, anche, sanità potrebbero nascere dal consenso di una comunità di esperti.

Se noi aderiamo all'idea di Boscolo e Bertrando che la diagnosi sia solo uno dei possibili modi di punteggiare la realtà, questo ci potrebbe consentire di entrare negli aspetti dell'approfondimento diagnostico con un fare costruttivo e di apprendimento, che potrebbe apportare nella terapia processi di ipotizzazione integrati e modificabili, non ingannevoli.

In tal senso Cecchin, Lane e Ray (1997) conducono ad una riflessione profonda sulla relazione clinica quando descrivono come molte persone arrivano in terapia, per esempio possiamo pensare in un Servizio pubbli-

co, per difficoltà dovute alla conseguenza di un sintomo e non a causa del sintomo in sé; gli autori propongono, anche in modo paradossale, che se il terapeuta esplicitasse palesemente il suo rispetto per il sintomo, portato dalla persona, forse essa stessa potrebbe perfino scegliere che sia giunto il momento di abbandonarlo.

Pensate alle infinite potenzialità che un concetto come quello di diagnosi rischia di avere in sé...

Mi pare, inoltre, molto interessante estrapolare e ribadire come il concetto di rispetto per il sintomo, potrebbe divenire alla fine una posizione, tra le altre possibili, che il clinico/terapeuta assume nei confronti della storia portata dalla persona nei colloqui.

Nella pratica clinica, spesso, ho incontrato persone che nel momento dell'incontro sembrerebbe che tendano a rileggere la propria storia, esclusivamente attraverso i sintomi e le conseguenze portate dalla loro sintomatologia, pertanto credo che appaia utile alla relazione terapeutica poter accogliere i vissuti della persona ri-leggendo insieme i sintomi portati con rispetto, non pensando di incorrere nel pericolo di giungere ad una adesione "fondamentalista" o ad una critica/negazione degli stessi.

Penso potrebbe essere importante esemplificare questa modalità attraverso un breve racconto di una situazione con cui ho potuto confrontarmi nella pratica clinica.

Diverse volte mi è capitato ascoltare persone che giungevano in colloquio per la loro sintomatologia, persone che arrivavano ai colloqui di approfondimento psicodiagnostico portando la loro sofferenza e il loro disagio attraverso il linguaggio dei loro sintomi.

Per esempio la storia di Nina un ragazza di 37 anni, calabrese, che, la prima volta che la conobbi si presentò, dicendomi: "Io sono

Depressa, non ho energie e le mie giornate sono tutte uguali, penso di essere depressa, di non riuscire più a stare bene”; la sua situazione mi venne, così, presentata dall’inviante, per i colloqui di approfondimento psicodiagnostico, così: “Nina è una signora che ha già avuto diverse esperienze terapeutiche sia farmacologiche, sia psicologiche, che riferisce di lamentare da sempre umore depresso, dal suo racconto emergono anche diverse conflittualità con la famiglia d’origine in particolare con la madre, negli anni ha sempre mantenuto lo stesso lavoro, anche se con diverse difficoltà, ma negli ultimi tempi vorrebbe licenziarsi e richiedere una invalidità per la sua sintomatologia e per questo il medico di base lo ha inviato da noi, ma soprattutto per una rivalutazione dei sintomi riportati... credo ci siano dei tratti personologici stabili che contribuiscano a sostenere e incrementare la sintomatologia vissuta e riportata; vorrei che provassi (riferito allo psicologo) ad approfondire gli aspetti personologici, soprattutto del Cluster B e le caratteristiche disforiche, per vedere, come impostare il trattamento ”.

Come è possibile notare sia la descrizione riportata da Nina, sia la descrizione dell’invitante, mostrano se pur nelle loro diversità di significato due letture dei vissuti della signora, che, decisamente, sembrerebbero utilizzare un linguaggio diagnostico, che richiama alla mente del clinico, che legge, categorie di sintomi o di stili o disturbi di personalità ben precisi.

Rimango, pertanto, in questa situazione come, già in altre mi è capitato, molto interessata ed attenta al linguaggio di entrambe le descrizioni, che credo esprimano le premesse e forse, anche pregiudizi, sia dell’invitante, sia della persona che porta la sua sofferenza.

I propri pensieri sui nostri vissuti, le nostre premesse, credenze e teorie, secondo Cecchin (2003) i nostri pregiudizi, simbolizzano e rappresentano la nostra esperienza soggettiva nel sistema relazionale e costruiscono, tenendo presenti altri aspetti, le modalità con cui leggiamo la realtà, che abbiamo vissuto e viviamo.

Secondo Caruso (2002): “...l’appartenenza ad un specifico sistema di relazioni si connette ricorsivamente al sistema di significati che il soggetto usa per leggere la sua posizione nel sistema e per costruire la posizione stessa e, in questo sta la ricorsività, le sue rappresentazioni vengono ad esprimere l’esperienza specifica nel sistema di relazioni...”; questa modalità potrebbe, anche, appartenere al raccontare i vissuti in modo categoriale.

Pertanto, questi due modi di descrivere la storia di Nina, vissuta da Lei e riportata da entrambi, potrebbero porre il clinico, che affronta l’approfondimento psicodiagnostico, davanti ad una serie di informazioni, che secondo alcuni studiosi della psiche, potrebbero portarlo ad una perdita o ad una chiusura, qualora aderisse in modo rigido ad esse, entrando in un circuito lineare e dimostrativo della presenza, assenza di una determinata sintomatologia o di un determinato tratto temperamentale o caratteriale.

E se queste descrizioni fossero invece utili al clinico per poter leggere la storia della persona con una modalità rispettosa, che accoglie e si accosta ai vissuti per il modo con cui vengono riportati, per lo meno, a livello linguistico, come degli script temporanei, che permettono un incontro? E se creassero a loro volta una diversa lente con cui poter leggere i sintomi/ le caratteristiche di personalità, la sofferenza, tralasciando la loro ricorsività e la tendenza a riproporsi? E

se l'accogliere questo modo di narrare proponesse una equilibratura delle forme di potere del sintomo e della diagnosi, dandogli possibilità nuove di espressione?

Attraverso i colloqui di approfondimento psicodiagnostico il clinico potrebbe dare ascolto al sintomo, alle caratteristiche personalologiche, permettendo alla persona di prendere un primo contatto con significati "altri" che si co-costruiscono nella relazione e consentono alla persona di cominciare a rivedere aspetti, che sino a quel momento avevano preso quell'unica forma di espressione e che in modo ridondante si ri-presentavano, attribuendo loro nuove modalità di contenuto ed espressive funzionali a ri-narrazioni possibili di parti della storia, anche, in seguito grazie ad un eventuale attivazione di un percorso psicoterapeutico.

Nello specifico dell'esempio sopra riportato, che è possibile estendere anche ad altre situazioni, si potrebbe generare nella relazione tra il clinico e Nina l'occasione di non accettare, come l'unica lettura possibile, le semplicistiche e lineari "equivalenze" persona-sintomatologia/ridondanze linguistiche riportate, dando, così, potere all'ipersemplificazione del contenuto, dove "il verbo essere attraverso un gioco di potere" genera, spesso, un'adesione incondizionata della persona al suo modo di sentire il sintomo come l'unica parte del sé.

Interessante per il clinico che si trova a lavorare nelle situazioni di approfondimento psicodiagnostico, il concetto presentato da Cecchin (1997): "...Un'idea che ci ha aiutato a riacquistare il senso della competenza per operare in tali situazioni è il preconcetto secondo il quale una persona ha valore semplicemente perché esiste. Quando si è in grado di dare valore alla persona, indipendentemente dagli aspetti "disperati" della situazione, si riesce a riacquistare interesse verso i tipi umani che ci stanno di fronte, diventando curiosi di capire la vita di persone intrappolate in relazioni e in contesti di vita apparentemente strani ...".

Per concludere sento che, spesso, siamo portati a crearci delle definizioni precise, delle categorie per riuscire a spiegarci aspetti che altrimenti faticherebbero a trovare un contenitore unico, perché potrebbero appartenere alla sacralità dell'avvicinarsi all'Altro ed ai nostri significati/emozioni.

Tale modalità potrebbe richiamare il rischio di accostarsi al racconto che le persone fanno attraverso i sintomi, ascoltandoli solo come elementi di una diagnosi categoriale di uno specifico disturbo, qualora il clinico riconosca e consenta alla diagnosi, solamente un "potere" unico, assoluto di rigida inclusione e non un valore di potenziale relazione, di incontro di emozioni e di narrazioni di storie possibili.

Bibliografia

- Boscolo L., Cecchin G., (1988). Il problema della diagnosi da un punto di vista sistemico. *Psicobiiettivo* n. 3.
- Boscolo L., Bertando P., (1996). *Terapia sistemica individuale*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Bianciardi M., (1999). *Autonomia del vivente e criteri diagnostici*. Connessioni, nuova serie, n.5.
- Caruso A. M. (2002). *Altravisione: una posizione nella conversazione terapeutica fra teoria sistemica e teoria socio-costruzionista*, in "Connessioni" n. 11.
- Cecchin G., Apolloni T., (2003). *Idee perfette, hybris delle prigioni della mente*. Franco Angeli, Milano.
- Cecchin G., Lay., Ray., (1997). *Verità e pregiudizi*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- AA.VV., (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR*, American Psychiatric Pub, 4^a.
- Maturana H., Varela F., (1985). *Autopoiesi e cognizione*. Tr. it. Marsilio, Venezia.
- Selvini, M., (2003), *Tecniche di presa in carico psicoterapeutica di un paziente non richiedente*, *Terapia Familiare*, n. 73, novembre, pp. 5-33.
- Whitaker C., (1990). *Considerazioni notturne di un terapeuta della famiglia*. Casa Editrice Astrolabio- Ubaldini Editore, Roma.
- White M., (1992). *La terapia come narrazione*, a cura di Telfener U., Astrolabio, Roma.
- Vittandini G., Giorgi I., (1996). *La diagnosi sistemica di alcolismo*. In *Dalla cibernetica dell'io all'approccio ecologico: alcolismo e servizi nell'ottica sistemica*, Fondazione Salvatore Maugeri, IRCCS, Pavia.

Diagnosi in ottica sistemica, uno sguardo oltre il DSM

Elisabetta Carlotti,

Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Sistemico Integrata

Sommario

All'interno del presente articolo si vuole riflettere intorno al tema della diagnosi ed ai possibili cambiamenti che la sua introduzione nella vita di una persona può comportare. Si prendono in considerazione due tipologie di diagnosi, la più famosa ed utilizzata, basata sui criteri medico-scientifici racchiusi nel DSM IV, e quella a cui si arriva partendo da premesse teorico-cliniche di tipo sistemico. Si vuole inoltre ragionare sul modo in cui viene formulata e comunicata una diagnosi, attraverso la discussione di tre casi clinici.

Parole chiave:

Diagnosi, DSM IV, approccio sistemico, casi clinici

Summary

The aim of this article is to reflect on the theme of "Diagnosis" and the possible changes that its introduction in people's life can bring. We consider two types of diagnosis, the most popular and used, based on DSM IV criteria, and the one which can be reach starting from systemic premises. It also wants to address the way in which a diagnosis is made and communicated through the discussion of three cases.

Key words:

Diagnosis, DSM IV, systemic theory, cases

Con il termine *diagnosi* (dal greco *dià*, attraverso e *gnosis*, conoscenza) ci si riferisce alla procedura di ricondurre un fenomeno (o un gruppo di fenomeni), dopo averne considerato ogni aspetto, a una categoria. Anche il risultato di una tale classificazione si chiama *diagnosi*. Il termine è frequentemente usato in medicina. Serve a riconoscere una malattia (categoria) in base a dei sintomi o dei “*segni*” (fenomeni), i primi manifestazioni soggettive presenti nel paziente, i secondi evidenti anche al medico. L’insieme dei sintomi e segni di cui alcuni specifici detti *patognomonici* ed altri più o meno generici, caratterizza il quadro clinico di una malattia.

Il DSM

Il DSM è uno strumento di diagnosi descrittiva dei disturbi mentali. Il suo approccio è quello di applicare la relativa stabilità dell’analisi descrittiva dei sintomi di patologie mediche all’universo dei disturbi mentali. Si tratta di un manuale che raccoglie attualmente più di 370 disturbi mentali, descrivendoli in base alla prevalenza di determinati sintomi (per lo più quelli osservabili nel comportamento dell’individuo, ma non mancano riferimenti alla struttura dell’Io e della personalità).

Il manuale, secondo gli intendimenti degli autori e dell’APA dovrebbe essere: (Giusti, Vigilante, 2009)

- *nosografico*: i quadri sintomatologici sono descritti a prescindere dal vissuto del singolo, e sono valutati in base a casistiche frequenziali.
- *ateorico*: non si basa su nessun tipo di approccio teorico, né comportamentista, né cognitivista, né psicoanalitico, né gestaltico, ecc.
- *assiale*: raggruppa i disturbi su 5 assi, al fine di semplificare e indicare una diagnosi

standardizzata.

- su *basi statistiche*: si rivolge ad esse in quanto il sintomo acquista valore come dato frequenziale; i concetti statistici di media, frequenza, moda, mediana, varianza, correlazione, ecc. giungono ad essere essi stessi il “solco” mediante il quale si valuta la presenza o meno di un disturbo mentale.

La sua struttura segue un sistema **multiasiale**: divide i disturbi in cinque Assi, così ripartiti:

- ASSE I: disturbi clinici, caratterizzati dalla proprietà di essere temporanei o comunque non “strutturali” e altre alterazioni che possono essere oggetto di attenzione clinica: lo psichiatra cerca la presenza di disturbi clinici che possono essere riconducibili non solo al cervello e al sistema nervoso, ma anche a qualsiasi condizione clinica significativa che il soggetto può avere (per esempio valuterà se il soggetto è sieropositivo, malato cronico, etc.)
- ASSE II: disturbi di personalità e ritardo mentale. Disturbi stabili, strutturali e difficilmente restituibili ad una condizione “pre-morbosa”; generalmente, ma non necessariamente, si accompagnano a un disturbo di Asse I, cui fanno da contesto. Questo asse è divisa in sottoparagrafi corrispondenti ai diversi disturbi di personalità.
- ASSE III: condizioni mediche acute e disordini fisici
- ASSE IV: condizioni psicosociali e ambientali che contribuiscono al disordine
- ASSE V: valutazioni globali del funzionamento

Per ciascun disturbo mentale è effettuata una breve descrizione del cosiddetto “funzionamento generale”, che allude alle strategie di

gestione psichica ed ambientale dell'individuo, a grandi linee, ed un elenco di comportamenti sintomatici o stili di gestione delle emozioni o altri aspetti della vita psichica. Generalmente il DSM richiede un *cut-off*, un numero minimo di sintomi raccolti per poter effettuare una corretta diagnosi. Ad esempio per il "Disturbo antisociale di personalità" si parla di un «quadro pervasivo di inosservanza e di violazione dei diritti degli altri» (APA, 1994, in Andreoli, Cassano, Rossi, 2002) e di «tre (o più)» caratteristiche elencate, fra cui disonestà, incapacità di conformarsi alle norme sociali, irritabilità e aggressività.

Di solito il DSM richiede un periodo minimo di presenza dei sintomi per poter effettuare una diagnosi (si parla di alcuni mesi). Altri criteri di esclusione sono l'età di insorgenza del disturbo (per i disturbi di personalità ad esempio si richiede l'insorgenza nell'adolescenza) ed una diagnosi differenziale rispetto a disturbi che potrebbero essere accomunati dagli stessi sintomi.

Il DSM è largamente diffuso tra psichiatri, medici e psicologi che lo utilizzano come principale riferimento per la propria attività clinica e di ricerca, ed è presto diventato uno dei principali punti di riferimento diagnostico anche nel campo della psicoterapia non legata alla psichiatria ed alla medicina.

CRITICITÀ DEL DSM

Nonostante la larga diffusione il DSM non è esente da critiche e perplessità (Spitzer, Wakefield 1999, Cosgrove Krimsky Vijayaraghavan Schneider, 2006, Jerome Wakefield, PhD, DSW; Schmitz, PhD; Michael First, MD; Allan Horwitz, PhD 2007, Tomm 1993, Bertrando 2006) dal momento che non a tutti sembra uno strumento adeguato per valutare la situazione clinica di una persona. Opinioni difformi da quella dell'APA criticano

la sua struttura rigidamente statistica, in particolar modo la scelta dei *cut-off* che porterebbero a diagnosticare un disturbo mentale ad una persona con tre delle caratteristiche richieste, allo stesso modo di una persona con sette di quelle caratteristiche e "a scapito" di chi ne raccoglie solo due. In sostanza, si riproduce un modello neo-positivista di spiegazione, cioè, si riproduce la c.d. "nosografia" che è un metodo descrittivo della malattia psichiatrica su basi di "etichetta" non necessariamente corrispondenti alla realtà. Inoltre l'approccio descrittivo del DSM impedisce di individuare qualche riferimento alle caratteristiche soggettive del paziente, agli effetti della sua esperienza e la sua storia personale.

Karl Tomm in un articolo sul DSM (1993) sottolinea alcune delle più diffuse criticità, suddividendole in categorie.

Dal punto di vista "**politico**", per esempio, sottolinea come possa essere facile l'abuso di un potere istitutivo nel definire la natura delle persone, si domanda inoltre nell'interesse di chi si etichetta (operatori, pazienti, altri, quali membri della famiglia, assicuratori, Stato ecc...). Evidenzia come il DSM promuova la supremazia del modello medico e psichiatrico, nel campo della salute mentale ed infine come possano essere istituzionalizzati preconcetti di genere (ad esempio si sta prendendo in considerazione una "sindrome premestruale per il DSM IV), come di identità sessuale (il DSM II includeva la diagnosi di "omosessualità") con la reificazione di stereotipi tradizionali.

Le critiche **umanitarie** avvisano del pericolo che la persona possa essere deumanizzata e trasformata in soggetto sottoposto all'osservazione scientifica, che possa es-

sere patologizzata attraverso l'etichettamento, la totalizzazione e la segregazione. Bertrando avverte di questo rischio con un articolo volutamente ironico e provocatorio in cui definisce la diagnosi di psicoterapeuta citandone i sintomi più comuni e la prognosi (Bertrando, 1999). Un'altra critica umanitaria avvisa di come il DSM promuoverebbe un "orientamento verso le inadeguatezze", focalizzando l'intera attenzione sulle tragedie e i fallimenti personali invece che sulle risorse e le competenze che promuoverebbero un orientamento verso le soluzioni.

A livello **pragmatico** l'autore sottolinea come il DSM proponga una prospettiva statica invece che dinamica, sottolineando tratti permanenti al posto di stati di transizione. Raramente, inoltre, il DSM si dimostrerebbe utile nella progettazione di un programma terapeutico specifico.

Favorirebbe, inoltre, l'indifferenziazione rispetto ai fattori culturali ed interpersonali che contribuiscono a determinare problemi di salute mentale, non è prevista, infatti, la possibilità di porre "diagnosi" interpersonali, culturali od istituzionali. L'assunto di base sulla natura dei fenomeni mentali appare infatti problematico: il disturbo è "nella persona", "nell'interazione tra persona e contesto" o "nella coordinazione dell'interazione tra persone"?

A queste ultime critiche sembrerebbe contrapporsi, in un tentativo di dare una risposta, la modalità a cui "si giunge ad una diagnosi" utilizzata da chi opera in ambito sistemico.

PSICOPATOLOGIA IN OTTICA SISTEMICA

La psicopatologia nell'approccio sistemico non viene vista come succede nel tradizionale ambito medico psichiatrico, cioè come oggettiva rilevazione di caratteristiche pato-

logiche nel comportamento di un paziente. Si parla di problemi che non vengono connotati come malattie o malfunzionamenti, quanto piuttosto di sintomi che hanno un loro significato, funzionale al sistema, anche quello di essere adattivi secondo particolari condizioni psicologiche e relazionali dei componenti del sistema, secondo le fasi del ciclo vitale.

I sintomi e i comportamenti stessi che li auto-mantengono costituiscono spesso i principi organizzativi del sistema: assicurano rituali, identità e specificità nei quali il sistema si riconosce e spiega la sua esistenza. Si evidenzia la funzione adattiva del sintomo e la sua comprensione è legata alla ricerca delle regole all'interno della logica del sistema.

In ottica di diagnosi sistemica la ricerca clinica ha per molti anni tentato di collegare una certa configurazione anche strutturale della famiglia con una specifica psicopatologia individuale: la famiglia dello schizofrenico (Haley 1959), la famiglia dell'anoressica (Selvini Palazzoli 1974) e così via. Questo programma di ricerca è fallito in quanto concettualmente errato nell'operare un'eccessiva semplificazione delle variabili in gioco. Per questo si è di recente parlato della necessità di un approccio che metta in correlazione tra loro tre poli: famiglia, sintomo e personalità (Selvini Palazzoli et al. 1998).

È tuttavia possibile individuare delle specifiche strutture familiari che con una probabilità molto maggiore della pura casualità si associano a specifici sintomi o disturbi della personalità.

Matteo Selvini in un recente articolo propone una classificazione del funzionamento familiare secondo dodici dimensioni non disgiunte e non gerarchizzate, rilevabili in

un continuum assenza/intermedio/presenza cioè collocandole rispetto a polarità opposte. (Selvini M., 2006)

1. DIMENSIONE STRUTTURALE

L'autore la descrive come la dimensione inaugurata da Minuchin (1974), che si occupa dell'organigramma della famiglia in termini di gerarchie rispettate, vicinanza/lontananza, confini, sottosistemi.

La dimensione strutturale è la più semplice da osservare in quanto basta focalizzarsi sui comportamenti non verbali dei famigliari convocati in seduta: come scelgono di posizionarsi, come si guardano reciprocamente, se c'è contatto fisico tra di loro tra quali membri è presente. Questa dimensione da una prima immediata percezione dei sottosistemi nella famiglia, così come in genere sono sufficienti pochi minuti di conversazione familiare per avere una buona misura della coesione della coppia genitoriale. Per avere altre informazioni è invece necessario utilizzare specifiche domande: per esempio si chiede di descrivere come è strutturata l'abitazione e da chi vengono occupate le varie stanze, soprattutto le camere da letto.

2. DIMENSIONE DEL GIOCO DI POTERE O STRATEGICA

Descritta da Selvini M (2006) come quella che parte da Haley (Madanes 1981) ed arriva a *I giochi psicotici della famiglia*. I concetti chiave di questa dimensione sono quelli di alleanza, fazione, triangolo perverso, istigazione, imbroglio, stallo di coppia, svincolo. Questa dimensione, insieme alla strutturale, rappresenta storicamente la base della terapia familiare e le due dimensioni sono spesso così strettamente intrecciate che si

corre il rischio di confonderle. Tuttavia, afferma Selvini, mentre la dimensione strutturale sottolinea di più la disposizione delle relazioni nello spazio affettivo della famiglia, quella strategica sottolinea la lotta per il potere.

Un tema classicissimo, trasversale alle dimensioni della struttura e del potere, è quello della triangolazione, ovvero come la relazione tra due membri della famiglia influenza un terzo familiare.

3. DIMENSIONE DEL CONTROLLO E DELLA GUIDA

Selvini M.(2006) la definisce come la classica valutazione di quanto i genitori sanno far rispettare le regole. È il tema della capacità dei genitori di assumere un ruolo di guida.

Nella tradizione sistemica è molto evidente, per esempio, come le famiglie dei tossicodipendenti siano state valutate da questo punto di vista come abitualmente sotto-dosate rispetto a questa dimensione. Un esempio che tradizionalmente si colloca sul versante opposto è quello delle famiglie in cui si sviluppa l'anoressia restrittiva nelle quali frequentemente si riscontra un eccesso di controllo genitoriale, soprattutto sul tema alimentare.

Di notevole interesse è anche valutare quanto i figli controllano i genitori, da questo punto di vista Selvini M, cita l'enunciato di Mara Selvini Palazzoli e colleghi in *Paradosso e controparadosso*: "la pretesa simmetrica di riformare i genitori costituisce il nucleo, forse il più importante, dei disturbi adolescenziali, ivi compresi quelli psicotici" (p. 119).

È stato osservato un collegamento tra la dimensione relazionale dell'ipercontrollo e tutto il cluster C del DSM (dipendenti, evitanti, ossessivi). Nello specifico si può parlare di controllo iperprotettivo per i dipendenti (o

simbiotici), controllo basato sulla critica, sul “far vergognare” per gli evitanti, controllo basato sull’eccesso di regole e disciplina per gli ossessivi. La gran parte delle anoressiche restrittive, dal punto di vista della struttura di personalità, si colloca nel cluster C del DSM IV e questo pare confermare il classico schema teorico su cui si basa, ad esempio, il modello della Benjamin (1996): tratteremo noi stessi e gli altri nello stesso modo in cui siamo stati trattati.

Sintomatico rispetto a questa dimensione è l’atteggiamento dei familiari verso il problema. Nella mancanza di controllo non se ne saranno accorti o l’avranno a lungo minimizzato, al contrario, nell’eccesso di controllo sarà scattato l’allarme già per fatti assai modesti, innescando quella che sembra essere una profezia che si autodetermina. Una terza modalità, che si presenta sovente, è quella delle continue oscillazioni tra disinteresse ed ipercontrollo (collegabile ad aspetti disorganizzati della personalità del paziente).

4. DIMENSIONE DELLA PREOCCUPAZIONE

Selvini M. (2006) afferma che indicazioni rispetto a questa dimensione si possano ottenere osservando quanto i genitori sono preoccupati per un problema di un figlio, la dimensione presenterebbe alcune analogie con la quella della distanza/vicinanza e con quella del controllo, ma la dimensione della preoccupazione metterebbe più in luce una polarità emotiva nella genitorialità, piuttosto che direttiva.

È una dimensione che può essere osservata direttamente fin dai primi colloqui in base alla modalità in cui la famiglia riporterà il problema, potrebbero essere rilevate due opposte polarità, da un lato la minimizzazione del

problema (distacco/indifferenza) e dall’altro la *drammatizzazione*.

Rispetto a questa dimensione Selvini M. reputa utile fare riferimento alla classificazione di Minuchin in famiglie disimpegnate (poca drammatizzazione, distanza interpersonale, poco controllo) e invischiate (eccessiva intensità della relazione, eccesso di controllo).

5. DIMENSIONE DEL CONFLITTO/COOPERAZIONE

La dimensione del conflitto è molto accentuata in alcune famiglie (o coppie), in altre totalmente inibita, in altre ancora realmente assente (nei limiti fisiologici della norma).

Selvini M (2006) sottolinea come uno dei presupposti della terapia familiare sistemica sia stato per lungo tempo quello di partire dal presupposto che, laddove ci fosse un “paziente designato”, ci fosse sempre un conflitto della coppia genitoriale, aperto o coperto (Framo 1965, p. 182). Questo pregiudizio, poi rivelatosi errato, è stato fonte di molte inutili o dannose “provocazioni terapeutiche”. In realtà la ricerca clinica ha dimostrato che possono esistere famiglie in cui coesistano una buona o soddisfacente relazione di coppia ed una pessima genitorialità. Per evitare il rischio di incorrere in una diagnosi sistemica stereotipata o preconfezionata è utile quindi prestare attenzione a quali sono le aree o i sottogruppi più conflittuali delle famiglie, e sottolineare nel contempo se vi siano buone risorse nella capacità di cooperare/collaborare.

L’autore rileva come la comprensione di quanto il conflitto sia aperto o coperto (o assente) sia decisiva per una buona diagnosi sistemica. È questo uno dei motivi per cui le sedute famigliari sono state nel tempo ridimensionate e si è arrivati a considerare di

non dovere necessariamente convocare l'intero sistema familiare ma anche solo alcuni sottogruppi, scelti per favorire l'emergere di temi non facilmente condivisibili.

6. LA DIMENSIONE DELL'EMPATIA E DEL CALORE

Questa dimensione riguarda l'accettazione dell'altro o più in specifico del figlio, polarità opposta a quella dell'ostilità. Non è la stessa cosa dell'invischiamento, perché una stretta vicinanza può essere anche fatta di controllo, ansia, ostilità, conflitto, competizione, ecc. cioè di una dimensione emotiva lontana dell'accettazione.

Selvini M. (2006) avverte come un atteggiamento ingenuo rispetto a questa dimensione possa portare a fare ipotesi semplicistiche rispetto alla sofferenza di un figlio: il rischio sarebbe quello di attribuire sempre i disagi di un figlio ad una carenza di attenzione rispetto ai suoi reali bisogni da parte dei genitori, in un'ottica colpevolizzante. Una diagnosi sistemica fatta in questo modo non solo non giova a nessun membro della famiglia ma può essere nociva favorendo o incrementando inutili sensi di colpa, può portare a diffidenza rispetto al sistema curante o aperta ostilità. Particolarmente utile in questi casi si è dimostrata, secondo l'autore, la ricostruzione trigenerazionale di come la sofferenza o l'irrazionalità si sia trasmessa da una generazione all'altra, per uscire da un'ottica colpevolizzante ed aiutare la famiglia a entrare in un clima di reciproca comprensione.

7. DIMENSIONE DELLA COMUNICAZIONE E DELLA METACOMUNICAZIONE

Questa dimensione pone in rilievo sia la quantità della comunicazione (mutismo ver-

sus logorrea) che la sua qualità attraverso i classici concetti della *Pragmatica*: conferma, rifiuto, disconferma, doppio legame, chiarezza, confusione, ecc. Molta attenzione è data anche alla meta comunicazione ovvero la capacità dei membri della famiglia di comunicare sulle comunicazioni, relazioni, sentimenti, ecc. Un arricchimento di questa dimensione, secondo Selvini M. (2006) è stato raggiunto includendo alcuni capisaldi presi dalla teoria dell'attaccamento di Bowlby (1988). Grazie ai concetti di competenza autobiografica e di alterazione delle memorie di attaccamento, in alcune scuole sistemiche si è iniziato a valutare i contenuti e l'emotività della descrizione della propria famiglia di origine da parte del genitore di un paziente (Selvini 2003).

Un altro uso storicamente importante della comunicazione, citato da Selvini, è quello della psicoeducazione (emotività espressa) (Leff, Vaughn 1985) che ha utilizzato la valutazione del tipo di comunicazione nella famiglia (anche se rispetto a qualità come ipercriticismo ed iperprotezione che rimandano ad altre dimensioni) come criterio per prevenire le ricadute dei pazienti gravi.

La classica area dei segreti (individuali o interni) è parte fondamentale di questa dimensione (Selvini 1994).

8. DIMENSIONE DELLA CHIUSURA/APERTURA VERSO L'ESTERNO

Selvini M (2006) la descrive come una estensione di quella strutturale in quanto pone attenzione al rapporto della famiglia nucleare con le famiglie d'origine, gli amici, il lavoro e il mondo esterno in generale.

Classicamente si ritiene che la chiusura rispetto all'esterno si associ a minori risorse e prognosi più negativa. Emblematico il caso

della famiglia incestuosa, isolata dal contatto sociale ed ambientale. È questo il campo tipico dei segreti interni collettivi: tutta la famiglia sa, ma nessuno fuori deve sapere.

È importante valutare la qualità dei legami sia dell'intero nucleo familiare che dei singoli membri verso le famiglie di origine, la rete delle amicizie e relativamente ad un coinvolgimento anche personale/affettivo negli impegni lavorativi e/o sociali. Questo aspetto, infatti, può dare informazioni sul livello di coesione della coppia e sulla sua paritarietà.

È possibile riscontrare, per esempio, che le frequentazioni familiari e le reti amicali siano tutte e solo di uno dei due coniugi mentre l'altro partner assumerebbe il ruolo del "poverino" affiliato nel clan familiare ed amicale del partner dominante o accudente.

Questa dimensione può essere collegata a quella della territorialità della residenza, in quanto favorente o meno le aperture verso l'esterno.

9. DIMENSIONE DELLA RESPONSABILIZZAZIONE

Selvini M (2006) sottolinea come una specifica qualità della relazione genitore-figlio sia quella della "adulizzazione" versus "infantilizzazione". Una simile dimensione può essere vista anche nella relazione di coppia e riguarda il classico tema sistemico (*Pragmatica della comunicazione umana*) della "escalation complementare": quando uno dei due coniugi diviene sempre più responsabile, competente, attivo, potente, leader e l'altro sempre più irresponsabile, incompetente, passivo, impotente e gregario. Nella pratica clinica l'esempio più tipico di questa dimensione sistemica, citato da Selvini, si riscontra nel trattamento dell'alcolista adulto e coniugato. Nella tradizione degli "Alcolisti Anonimi" per le mogli dei pazienti è stata

conosciuta la calzante definizione di "co-dipendenza" proprio per indicare il bisogno di queste donne di continuare a ricevere un'importante "rivalsa narcisistica" del sentirsi la benefica ancora di salvezza per una persona in grave difficoltà. In questo modo i propri limiti e fragilità, possono essere del tutto dimenticati nella grandezza eroica dell'impresa salvifica, che poi lentamente si ridurrà ad assistenziale. È appunto un circolo disfunzionale dell'escalation complementare dentro il quale l'alcolista si sente e diventa sempre più deresponsabilizzato e quindi inutile, incapace e così via.

10. LA DIMENSIONE ETICA DELLA GIUSTIZIA

Nell'articolo di Selvini M. è descritta questa dimensione come facente riferimento soprattutto a Boszormenyi-Nagy (1981) ed al tema dell'equità degli scambi nella relazione. Specialmente a livello della coppia può essere "misurato" il contributo dei singoli al benessere familiare dal punto di vista della presenza/assenza, della fatica nella gestione, del denaro, ed in tutto il bilancio del dare e del ricevere (anche attenzione, tempo, ascolto, ecc.). Al tema della sacrificialità è data molta importanza perché si ritiene che chi subisce un'ingiustizia relazionale sia più a rischio di sviluppare un sintomo o di divenire tossico per l'altro (il concetto di legittimità distruttrice o sindrome da risarcimento).

Il tema della sacrificialità, specie in riferimento alle madri delle anoressiche, è stato trattato in *Ragazze anoressiche e bulimiche* (Selvini Palazzoli et al. 1998).

Questa dimensione appare particolarmente rilevante nelle coppie consolidate dove un adulto sviluppa una patologia importante (depressione, alcolismo, psicosi). È stato spesso osservato che il paziente può aver

tanto subito ingiustizie (ad esempio una donna può tipicamente aver subito ingiustizie di tipo maschilista) come può aver accettato privilegi e protezioni che alla lunga fanno di lui un disprezzabile parassita.

Quando il dare o chiedere troppo è invece riferito alla relazione genitori-figli questa dimensione assomiglia molto alla precedente della adultizzazione/infantilizzazione. Tuttavia la focalizzazione sulla giustizia sottolinea aspetti in parte diversi, dove la salute mentale è collegata alla capacità di riconoscere e quindi difendere i propri diritti. La disegualianza dello scambio è inevitabile e fisiologica in molte relazioni, ma deve essere riconosciuta in modo da poter essere o “contenuta”, o consapevolmente assunta come libera scelta, o ricompensata dalla gratitudine e dalla almeno simbolica reciprocità.

11. LA DIMENSIONE DELLA PAURA

È forse la dimensione più discutibile, meno supportata dalle altre dalla tradizione e dalla letteratura. Selvini M. (2006) cita una ricerca longitudinale trentennale (Johnson et al. 2006) che ha mostrato la forte predittività, per lo sviluppo di gravi disturbi della personalità adulta, di due tipi di condotte genitoriali: la grave trascuratezza e la durezza delle punizioni inflitte ai bambini. Una probabile elaborazione da parte dei figli di tali esperienze è quella dell'aver paura di uno o entrambi i genitori. Il fatto che un membro della famiglia viva in uno stato di paura nei confronti di uno o più membri della famiglia determina un forte rischio psicopatologico. È tipico dei casi di violenza assistita o di violenza psicologica. Spesso nel tempo la paura si trasforma in odio, con effetti tossici sia per chi odia che per chi viene odiato. Il soggetto temuto e poi odiato è più spesso un maschio: un padre

o un fratello (che potrebbe essersi modellizzato sul genitore aggressore). Un vissuto di questo tipo, più o meno apertamente espresso, è quasi sempre osservabile nei disturbi di personalità borderline, antisociale, schizoide e paranoide, in concordanza con le ricerche.

12. LA DIMENSIONE DELLE CREDENZE IRRAZIONALI CONDIVISE O MITI

Tutta la famiglia può condividere quello che i cognitivisti chiamerebbero una “premessa disfunzionale”.

Selvini M (2006) sottolinea come nel movimento sistemico italiano soprattutto Andolfi (1987) ed Onnis (1988) si siano occupati di questa tematica. Nella pratica è stato spesso riscontrato come uno o più membri della famiglia vedessero in modo del tutto distorto la realtà psico-affettiva di qualcuno di loro e delle relazioni interne al nucleo. Una sorta di cecità o delirio collettivo che è stato definito da Matteo Selvini “misconoscimento della realtà” (Selvini 1993) utilizzando un concetto molto affine a quello di Laing (1965) di “mistificazione”. Matteo Selvini riporta come caso paradigmatico quello della terapia con una famiglia il cui padre, prima dell'inizio delle sedute congiunte, gli aveva confessato di avere da vent'anni relazioni con altre donne, di cui alcune di lunghissima durata. Durante i primi incontri fu sbalordito dal constatare come la moglie, con grande convinzione, esaltasse la grande complicità ed intesa della loro coppia e come i figli confermassero questo vero e proprio mito, parlando di una coppia portata ad esempio da tutti perché “schiena contro schiena”. (Selvini M., 2006)

È importante sottolineare che tutte queste dimensioni possono essere indagate anche

all'interno di un contesto di terapia sistemica individuale, attraverso l'utilizzo di alcuni strumenti propri della teoria e pratica sistemica. Molto utile in tal senso risulta la costruzione e il ragionamento attorno al genogramma familiare, strumento che permette la ricostruzione dei legami familiari a partire anche da due o tre generazioni precedenti la nascita del cliente. Nella costruzione del genogramma è possibile attraverso domande mirate far emergere modelli ricorrenti, miti familiari e mandati che sono stati tramandati tra le generazioni, individuare modelli rigidi di funzionamento che vengono perpetuati ed indagare tutte le dimensioni identificate da Matteo Selvini. È altresì possibile aiutare la persona a "presentificare" i membri del suo sistema, attraverso domande circolari che la aiutano di volta in volta a "mettersi nei panni delle persone assenti" nel tentativo di fornire ipotesi circa i motivi sottostanti le loro azioni, i loro atteggiamenti e le loro emozioni. Questa operazione può essere fatta sia nella fase di narrazione di avvenimenti passati, ricostruzione della storia familiare, che per rileggere la situazione presente attraverso diversi punti di vista e infine per ipotizzare possibili sviluppi futuri delle relazioni interne al sistema. È molto importante infatti uscire da un'ottica lineare che rischia di "congelare" i problemi e la lettura che l'individuo fa di essi verso un'ottica processuale che considera ed abbraccia la complessità del sistema e la sua evoluzione continua nel tempo, arrivando ad immaginare gli individui e le situazioni in divenire.

La visione sistemica degli individui su cui pone le fondamenta questo modo di operare implica un'estrema fiducia verso di loro e nella loro innata tendenza a risolvere i problemi. Lo scopo del clinico sarebbe quindi di

rimettere in moto il processo evolutivo e non bloccarlo, aiutando l'individuo a creare contesti in cui la sua capacità di auto guarigione possa emergere.

Utilizzando le parole della Telfener:

Noi sistemici abbiamo a lungo sostenuto che gli individui non sono malati e che non possiamo pretendere di curarli: sono solamente malati di contesto. Ci è stato chiesto di instaurare possibili circoli virtuosi, spezzando quelli viziosi che tanto facilmente si incistano e si ripetono sempre uguali. Operare al di fuori di etichette a priori, uscire dai percorsi usuali, rinunciare alle solite soluzioni - rinunciare ad una salute mentale pensata come a priori - immette nel mondo degli indecidibili. La patologia è un'ecologia di idee a cui non è possibile non partecipare e va compresa attraverso i processi di autoregolazione e i meccanismi che la auto mantengono. Comprendere un problema significa conoscere il modo in cui elementi di natura psicologica diversa interagiscono tra loro: stili di interazione, significati, emozioni, modalità di regolazione delle stesse, alleanze, rapporti... (Telfner, U. 2007, p.29)

LA DIAGNOSI IN TERAPIA

Avendo esposto i presupposti e gli strumenti in base ai quali si arriva alla definizione di una diagnosi, in ottica "medico scientifica" (con il DSM) e sistemica ci si interroga in questo breve articolo su quali possano essere le conseguenze dell'introduzione di una diagnosi nella vita di una persona. Non vuole essere una trattazione esaustiva del tema ma una breve riflessione partendo da alcuni casi clinici che sono risultati particolarmente significativi rispetto a questo tema. I casi nar-

rati vedono coinvolte tre donne che hanno in comune alcune caratteristiche. Tutte e tre hanno usufruito di un percorso terapeutico riabilitativo all'interno di una comunità ergoterapica per donne con una passato di tossicodipendenza. Tutte e tre erano passate in un periodo precedente per altre tipologie di servizi (SERT, SMI, CPS, altre comunità). A tutte e tre era stata fornita una diagnosi di tipo medico per poter accedere ai servizi ma la modalità con cui questa diagnosi erano state fornite è stata molto diversa in ogni caso. Non vuole essere una critica al concetto di diagnosi ed a suo uso, si parte infatti dal presupposto che questo strumento sia spesso necessario a livello burocratico per dare la possibilità ad una persona di accedere ad una serie di servizi o agevolazioni (usufruire di colloqui o trattamenti clinici- rieducativi, ricevere un'indennità in caso di comprovata incapacità di svolgere una mansione lavorativa, accedere ad una casa popolare ecc...). Allo stato attuale è richiesto a molti professionisti della salute mentale di diagnosticare le persone che accedono ai servizi per propria volontà o su invito più o meno condiviso dalla persona stessa, il professionista svolge il suo lavoro ed in genere qualora non si occupi egli stesso del trattamento (ad esempio nel caso di una psicoterapia individuale o familiare) invia la persona ad un altro professionista o servizio, scelto sulla base delle risorse presenti sul territorio, dei bisogni e della disponibilità-motivazione dell'individuo ad usufruire del trattamento, nonché della diagnosi stessa. Spesso però non viene data sufficiente attenzione alle conseguenze individuali e familiari che l'aver ricevuto una diagnosi può comportare. Per sostenere questa tesi si discuteranno alcuni casi clinici emblematici di come possano essere diverse le reazioni ad

una diagnosi, in base al modo in cui questa stessa è stata ottenuta e comunicata, alle caratteristiche della persona che la riceve e del suo sistema.

ROMINA

È questo il caso di una giovane donna, figlia di genitori eroinomani che ha vissuto i primi anni di vita in una comunità presso la quale la madre si era recata subito dopo la sua nascita per emanciparsi dalla tossicodipendenza. La madre di Romina aveva appena lasciato il padre, a seguito della fatica di quest'ultimo a sospendere l'uso di eroina e "cambiare vita". Al termine di un buon percorso terapeutico la madre era tornata ad abitare con i suoi genitori insieme a Romina e si era ricongiunta così con la prima figlia di pochi anni più grande di R. La madre di Romina non è mai più ricaduta nell'utilizzo di sostanze ed ha passato gli anni seguenti cercando più di ogni altra cosa di "recuperare il tempo perso" e puntando a realizzarsi nel lavoro e affettivamente. Romina narra di aver subito fin dai 13 anni il fascino di personaggi come la protagonista del film "Noi ragazzi dello zoo di Berlino" e di avere approfondito attraverso film e letture la vita di questi personaggi. Racconta che a partire da quella età ha chiesto a più persone di "farla per la prima volta" (con eroina) non trovando nessuno disposto ad accontentarla. Verso i 16 anni ha iniziato a soffrire di disturbi alimentari e verso i 20 ad usare eroina. Afferma di averlo fatto perché "voleva sentirsi vicina a sua madre e condividere il dolore che essa stessa aveva provato". A 18 anni viene diagnosticata per la prima volta come "Borderline grave" e di lì a poco come "Bipolare". Inizia così una lunga serie di trattamenti terapeutici-riabilitativi passando per diverse cliniche e comunità in cui Romina viene presa in carico da una serie

di professionisti, per lo più medici psichiatri. Attualmente Romina ha 30 anni e ogni volta che parla di sé esordisce precisando la sua diagnosi e ci tiene a rimarcare come il suo sia un caso grave, è infatti una “vera bipolare, in asse 2, non come le altre”, qualora si descrive invece come borderline ci tiene che si sappia che il suo è un caso di “personalità borderline gravissimo”, così le ha detto il dottore. Aggiunge inoltre un’altra serie di sintomi che riguardano la sfera dei disturbi alimentari e dell’autolesionismo. Il suo linguaggio è quello di un manuale medico-psichiatrico, descrive il suo umore dicendo che si sente “in asse”, “sul versante depressivo” e che vorrebbe essere “maniacale”. È molto competente rispetto ai farmaci e ingaggia una serie di tentativi di manipolazione con lo Psichiatra per avere quelli che preferisce. È in crisi quando non capisce se è borderline o bipolare ed ha bisogno di definizioni più precise del suo disturbo. Trascorre il suo tempo libero leggendo libri e visionando film che narrano le vite distrutte di personaggi reali o di finzione che hanno sofferto di disagio psichico e ascolta le canzoni di cantanti che corrispondono a questi requisiti, sono i suoi miti, i modelli a cui aspirare.

Attraverso i colloqui con la psicologa e la ricostruzione della sua storia familiare R. arriva ad essere consapevole del ruolo che le “etichette diagnostiche” hanno avuto nella sua vita. L’effetto che la diagnosi ha avuto nella vita di R. sembra quello di averle fornito un’identità, l’unica che ha, per questo ci tiene a difendere strenuamente queste etichette non riuscendo a parlare di sé in altri termini. La diagnosi risponde alla domanda “Chi sono?”, le garantisce inoltre che venga soddisfatto il suo bisogno di attenzioni e cure, la paura di R. è infatti che se guarisse e diventasse autonoma nessuno più si oc-

cuperebbe di lei, la diagnosi le dà la possibilità di essere inserita in un sistema di cura, i sintomi di non doversi confrontare con una realtà che teme di non essere in grado di gestire. Spesso infatti utilizza il linguaggio medico per essere esentata da una serie di responsabilità o esperienze nuove es. “Non ci riesco, sono depressa”, “Non posso, ho il carving”, “Non riesco, mi sta tornando la bulimia” ecc. Attraverso la lettura in questa ottica della sua storia Romina si dichiara ad un certo punto “Stufa di etichette, desiderosa di essere altro” pur riconoscendo quanto questo la spaventi. Sta iniziando ora a porsi alcuni obiettivi per la sua vita: conseguire la patente, frequentare un corso di teatro e più avanti un corso che le dia una professionalità. È riuscita a riconoscere e comunicare che ciò che teme è che se dovesse davvero raggiungere l’autonomia che il suo sistema familiare la invita a perseguire loro non la accetterebbero più a casa e lei dovrebbe provvedere a sé stessa. Sta ora chiedendo al sistema curante di aiutarla a far sì che ciò non avvenga collaborando con la sua famiglia.

SABRINA

Davanti alla stessa diagnosi di R. questa giovane donna ha reagito in modo radicalmente diverso. S. arriva nel luogo di cura estremamente spaventata dall’essere stata definita una “borderline”. Aveva un’idea piuttosto frammentaria di cosa questo termine significasse, si ritrovava nella descrizione dei sintomi ma fino a quando non ha avuto modo, all’interno del presente programma terapeutico di condividere i suoi dubbi S. aveva dovuto convivere con una serie di fantasie. Madre di 4 figli attualmente affidati a sua madre S. si domandava per esempio se questa malattia fosse genetica, “E se lo fosse anche mia madre?” si chiedeva, “Le

toglierebbero i miei figli?” “Che ne sarebbe di loro?” “E se lo fosse anche uno dei miei figli? Lui mi somiglia, è emotivo...farà la mia stessa fine?” “Ma se sono borderline allora lo sarò per sempre? C'è speranza per me?”. La diagnosi non discussa e condivisa aveva provocato in S. una serie di fantasie infauste sul suo futuro. Si è provveduto con lei innanzitutto a fornire risposte a questi interrogativi rispondendo alle sue domande sul test che le avevano somministrato, sul modello diagnostico a cui il test si riferiva e sul perché ai servizi a cui era afferita era stato necessario fornire una diagnosi. Si è discusso poi sulle caratteristiche del disturbo che in base al DSM le era stato diagnosticato e le si è proposta un'altra lettura della sua storia, in chiave sistemica. S. si è così resa conto che i suoi “passare da un eccesso all'altro” potevano essere letti alla luce del fatto che ha avuto in famiglia due esempi molto forti e opposti che si ponevano agli estremi di un continuum che andava dalla “donna e madre perfetta votata alla famiglia e al sacrificio” a quello della “donna e madre narcisista interessate unicamente al suo corpo e alla superficialità”. Non è stato semplice per S. far convivere questi due modelli ed ha attraversato fasi della sua vita in cui è stata unicamente una o l'altra cosa. Ad oggi si sta ponendo l'obiettivo di integrare per quanto possibile questi due aspetti della sua personalità, riconoscendo che ci può essere “del buono in entrambi”. Sta riuscendo a vedere diversamente i suoi genitori e nonni, andando oltre all'odio che provava per una parte della famiglia “completamente cattiva e che non l'aveva amata” e all'amore acritico per l'altra parte “completamente buona, modello impossibile da emulare”. Riesce a leggere in modo più obiettivo l'educazione che ha ricevuto e a riconoscere che sia la

parte “cattiva” che quella “buona” della sua famiglia hanno avuto delle mancanze, dettate dal fatto che a loro volta avevano sofferto per la mancanza di un modello educativo adeguato, entrambe queste parti, nello stesso momento hanno cercato di amarla come erano in grado di fare. S. aveva iniziato giovanissima ad usare eroina e ha sempre sostenuto di averlo fatto per vendicarsi della parte cattiva della sua famiglia, si faceva del male per veder soffrire quella parte. Si rende conto ora che se dovesse riuscire a “riabilitare” quella parte non avrebbe più bisogno di farsi del male e sta condividendo queste consapevolezze con entrambi i genitori.

ANGELA

È la storia di una donna matura che dopo essere stata per anni dedita esclusivamente alla casa e alla famiglia instaura una dipendenza da cocaina che la porta a deperire fisicamente e psicologicamente al punto tale da ricevere numerosi ricoveri e trattamenti. Il percorso di cura di A. differisce dai due precedenti a livello diagnostico perché fin da subito per A. era stata formulata, oltre alla diagnosi di tossicodipendenza e di depressione maggiore, una diagnosi più in ottica familiare. A. si era sposata ancora minorennemente con un uomo più grande di lei, “per fuggire da casa e da una madre opprimente”. Rimasta da subito in cinta del primo figlio si era occupata della sua crescita e della casa in modo eccellente. Il marito, descritto dai servizi come un uomo benestante e vizioso, avrebbe negli anni indotto A. ad una serie di abitudini a cui lei non era riuscita a sottrarsi, ultima delle quali l'uso della cocaina. Il mandato con cui il servizio che si occupava della donna l'aveva inviata in una comunità terapeutica era quello di “aiutarla a diventare autonoma affinché potesse lasciare il marito

e scongiurare così il pericolo di ricadere”. Il marito nel frattempo aveva smesso con la cocaina e si trovava in una situazione di disagio economico a causa della crisi che aveva investito il suo settore lavorativo. Angela aveva portato a termine un buon percorso comunitario in cui “si era fortificata” raggiungendo una buona autostima e una discreta capacità assertiva e si preparava, nell’ultima fase del percorso a dover scegliere se tornare a vivere nella casa del marito o trovare una sistemazione autonoma. Inizia così delle brevi esperienze a casa che vanno inizialmente bene, è il periodo estivo e meglio ancora vanno le esperienze in un luogo di villeggiatura in cui la sua famiglia, da sempre trascorrevano le estati. Per darle la possibilità di sperimentarsi anche nell’opzione “autonomia” inizia a pernottare presso l’appartamento della comunità ed intraprende uno stage lavorativo. A. è contenta di queste esperienze ma vede difficilmente realizzabile un suo futuro in autonomia, ha una certa età e non ha esperienze lavorative pregresse, è spaventata inoltre all’idea di ritrovarsi da sola, lontana dai suoi figli e dal marito che, sebbene riconosca averle fatto del male è ora più tranquillo ed in ogni caso è una persona con cui lei ha trascorso buona parte della sua vita e a cui è legata ancora affettivamente. In una delle esperienze a casa succede che A. ricade nell’uso di cocaina. La reazione dei servizi è quella di avere trovato conferma alla loro ipotesi e si cerca di rafforzare in A. l’idea che la sua famiglia sia pericolosa per lei. La reazione del marito e del figlio è ambivalente: la riportano subito in comunità affinché continui a curarsi, e dichiarano che accetterebbero qualunque decisione lei prenda “purché stia bene e purché guarisca”, nello stesso tempo non sono assolutamente disponibili a cambiare le loro

abitudini di “uomini che hanno gestito per anni da soli la casa” affinché lei si senta più a suo agio. A. sembrerebbe è la paziente designata di quella famiglia, l’unica portatrice di un problema e quella che va curata perché la loro vita è perfetta così, se lei in casa non sta bene è perché è ancora tossicodipendente. A. è disperata e oscilla tra la diagnosi dei servizi e quindi la rabbia verso i congiunti alla diagnosi dei congiunti e quindi il senso di colpa per aver deluso i famigliari e la motivazione a tornare a casa per rimediare, impegnandosi per resistere alla tentazione. La psicologa che prende in carico in questo delicato momento Angela deve innanzitutto ristabilire una relazione terapeutica tra lei ed il servizio. Angela piange disperata nei primi colloqui esplicitando come da sempre si sia sentita spinta a lasciare il marito, cosa che lei temeva e non desiderava fare. Rassicurata da questo punto di vista si cerca di capire a fondo cosa sia successo durante le esperienze a casa ed emerge così un dato nuovo. Angela racconta di aver da sempre avuto la tendenza a pulire in modo maniacale la sua abitazione, tendenza che non era stata presa in considerazione durante il percorso comunitario perché la donna non l’aveva mai agita, né in struttura, né durante le prime esperienze nel luogo di villeggiatura. “Come da manuale”, infatti A. manifestava il sintomo primariamente in quella che sentiva essere la sua casa e a distanza di anni aveva riproposto lo stesso comportamento rientrandovi. Come in passato aveva provato a lamentarsi della pessima condizione in cui verteva l’abitazione e aveva iniziato a pulire e riordinare tutto, non trovando aiuto ma anzi biasimo nei due uomini. Sfinita e arrabbiata aveva trovato sollievo e “il giusto premio per le fatiche fatte” nella cocaina, nonché l’energia per proseguire nelle

sue faccende domestiche. Angela racconta di essere stata educata così da sua madre che le obbligava fin da piccolissime a pulire in questo modo, non l'aveva mai considerato un fare eccessivo, per lei era la norma e non era un argomento a cui aveva mai dato rilevanza all'interno dei colloqui con i precedenti terapeuti. Quando si è introdotta la diagnosi di disturbo ossessivo-compulsivo è rimasta molto stupita. Questa diagnosi la rassicurava, la faceva sentire compresa e l'aiutava a realizzare che forse non era colpa sua e nemmeno della sua famiglia se ogni volta si ritrovavano a discutere per lo stesso argomento. Se era una malattia, si diceva, doveva esserci una cura. Se si fosse curata avrebbe allora potuto decidere in libertà dove tornare a vivere. L'aver condiviso con i servizi e con la famiglia questa diagnosi ha portato entrambi i sistemi a rivedere un po' la loro posizione. Si è lavorato quindi per aiutarla a curare questo disturbo e la donna ha deciso alla fine di tornare a vivere in famiglia dove tutt'ora risiede da un paio d'anni e ad oggi non è più ricaduta. L'aver introdotto la diagnosi clinica ha anche aiutato la donna a riallacciare rapporti più sereni con la famiglia del figlio maggiore. Angela si è infatti resa conto che anche la moglie di questi soffriva dello stesso disturbo e ha potuto leggere i suoi comportamenti quando si recava in visita a casa loro non più come ostilità nei suoi confronti ma come la manifestazione di un disagio all'idea di avere ospiti che potevano disordinare la sua perfetta dimora.

RIFLESSIONI INTORNO AI CASI

Questi casi e tanti altri portano ad interrogarsi sui cambiamenti che possono avvenire semplicemente introducendo all'interno di

un sistema, sia individuale, che familiare, che curante, una diagnosi. Nel caso della diagnosi di tipo medico clinico si è osservato come possa produrre reazioni che possono essere di natura profondamente diversa: può infatti avere un effetto rassicurante o imprigionante, può fornire un'identità, essere usata per colpevolizzare sé stessi o gli altri, per deresponsabilizzare se stessi o gli altri. Può diventare una profezia che si autoverifica, oppure può aiutare una persona e sentirsi meno sola e "bizzarra" e a sviluppare empatia rispetto a chi soffre dello stesso disturbo.

Consapevoli di questi effetti ci si dovrebbe forse interrogare sul momento in cui introdurre una diagnosi all'interno della relazione terapeutica, sul modo in cui condividerla con la persona interessata e con le persone a lei vicine. Può produrre infatti cambiamenti all'interno del sistema di cui fa parte la persona interessata portando per esempio ad una ridistribuzione delle responsabilità all'interno del sistema stesso che condiziona inevitabilmente le interazioni di tutti gli elementi che vi fanno parte.

Anche la scelta di quale tipo di diagnosi condividere sembra piuttosto delicata e non priva di conseguenze. Il terapeuta essendosi specializzato in un orientamento teorico-clinico è spesso portato ad utilizzare gli strumenti ed il linguaggio che si rifanno a quell'orientamento, così come a fornire alla persona interessata una chiave di lettura del suo vissuto che pone le basi nelle teorie cliniche in cui il terapeuta crede. Diverso è l'impatto di una lettura sistemica che chiama in causa l'intera rete di relazioni significative che hanno determinato lo sviluppo di una persona e che ne caratterizzano la quotidianità, piuttosto che partire dal presupposto che queste relazioni possano avere influenzato la persona "solo"

in termini di predisposizione genetica o di modelli di comportamento appresi. Da dove sorge il problema equivale un po' a domandarsi: chi ha "la colpa" della sofferenza del singolo? Non è l'intento di nessun terapeuta rispondere ad una domanda posta in siffatti termini ma è spesso la domanda che aleggia nella persona sofferente e nei suoi famigliari ed esiste il rischio di fornire una risposta implicita a tale domanda, se non se ne tiene quando si effettua una diagnosi.

Questo è stato riscontrato almeno nel lavoro con donne tossicodipendenti all'interno del quale molto spazio è dato alla rielaborazione del vissuto precedente l'esordio del problema. È sembrato in questi casi utile decidere caso per caso quale tipo di diagnosi sottolineare maggiormente in base ai cambiamenti che si auspicava ottenere per il benessere della singola persona e del suo sistema. È stato visto per esempio efficace un tipo di diagnosi sistemica che prenda in considerazione almeno tre generazioni nel caso in cui ci si trovi di fronte a donne fortemente convinte che la causa delle loro sofferenze e condotte fosse da attribuire a mancanze di uno o entrambi i genitori e ci fosse di conseguenza il desiderio dichiarato di vendicarsi o ribellarsi ad essi. Da questo punto di vista lavorare in modo da fornire, oltre che una diagnosi più clinica a partire dall'orientamento scelto, una lettura trigerazionale della storia del singolo sembrerebbe portare ad

uscire dal gioco delle colpe per arrivare ad una condivisione della sofferenza e ad una maggiore empatia.

Nei casi invece in cui le donne sembravano addossarsi l'intera responsabilità per le proprie condotte e per la sofferenza causata ad altri è sembrato spesso utile sottolineare maggiormente o introdurre per la prima volta una diagnosi più medico-clinica che deresponsabilizzasse parzialmente l'interessata e contemporaneamente chi la circondava che, non avendo gli strumenti necessari per comprenderla, non avrebbe potuto aiutarla in modo più efficace. In questo caso la reazione dell'interessata è stata di sollievo e di speranza che le hanno permesso di poter reagire con maggiore efficacia e perché alleggerita dal fardello della colpa e perché una diagnosi più "medica" contiene implicitamente un'idea di cura da perseguire per raggiungere una guarigione.

In altri casi, in cui la diagnosi è andata a sostituire un'identità inesistente, è stato utile innanzitutto "accantonare" la diagnosi per aiutare la persona a percepirsi e raccontarsi con un linguaggio nuovo, privo di etichette e "copioni già scritti" e più ricco di desideri, ambizioni e paure personali. Sembrerebbe quindi che la diagnosi al pari di altri strumenti possa essere utile, inutile o dannosa, e che, al pari degli altri strumenti terapeutici, possa essere utilizzata per aprire nuove strade e produrre cambiamento.

Bibliografia

- Andolfi, M., Angelo, C. (1987) *Tempo e mito nella psicoterapia familiare*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Andreoli, V., Cassano, G.B., Rossi, R., (a cura di), *DSM-IV. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Milano, Elsevier, 2ª ed: 2002
- Benjamin, S.L. (1996) *Diagnosi interpersonale e trattamento dei disturbi di personalità*. Trad. it. LAS 1999
- Bertrando, P., La diagnosi di 'psicoterapeuta'. (1999) *Connessioni*, pp. 129-142., No. 5, Settembre 1999
- Boszormenyi-Nagy, I., Grunebaum, J., Ulrich, D. (1981) "Terapia contestuale" in Gurman, A. e Kniskern, D. In Selvini, M., (2006) "Dodici dimensioni per orientare la diagnosi sistemica", Versione Novembre 2006 inviata a *Terapia familiare*
- Bowlby, J. (1988) *Una base sicura*. Tr.it. Cortina, Milano 1989. In Selvini, M., (2006) "Dodici dimensioni per orientare la diagnosi sistemica", Versione Novembre 2006 inviata a *Terapia familiare*
- Cosgrove, L., Krinsky, S., Vijayaraghavan, M. & Schneider, L., (2006) Financial Ties between DSM-IV Panel Members and the Pharmaceutical Industry. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 75, 154-160
- Framo, J.L. (1992) *Terapia intergenerazionale*. Tr.it. Cortina, Milano 1996.
- In Selvini, M., (2006) "Dodici dimensioni per orientare la diagnosi sistemica", Versione Novembre 2006 inviata a *Terapia familiare*
- Giusti, E., Vigilante, M. (2009). *L'Anamnesi psicologica. Tecniche e strumenti operativi per la presa in carico*. Sovera Edizioni, Roma
- J. (1959) "The family of schizophrenic: model system". *J. Nerv. Ment. Dis.*, 129, pp. 357-374. Tr.it. Pizzini. F. (a cura di) (1980) *Famiglia e comunicazione*. Feltrinelli, Milano.
- Laing R. D. (1965) - *Mistificazione, confusione e conflitto*, in: *Psicoterapia intensiva della famiglia*, a cura di J. Boszormenyi-Nagy, Boringhieri, Torino.
- Johnson, J, Cohen, P. et al. (2006) "Parenting behaviors associated with risk for offspring personality disorder during adulthood". In *Arch. Gen. Psychiatry*, 63, May, pp. 579-587. In Selvini, M., (2006) "Dodici dimensioni per orientare la diagnosi sistemica", Versione Novembre 2006 inviata a *Terapia familiare*
- Jerome, C., Wakefield, PhD, DSW; Mark, F., Schmitz, PhD.; Michael, B. First, MD; Allan, V. & Horwitz, PhD. (2007) *Extending the Bereavement Exclusion for Major Depression to Other Losses: Evidence From the National Comorbidity Survey Arch Gen Psychiatry*. 2007 ,64, 433-440.
- Leff , J., Vaughn, C. (1985), *Expressed Emotion in Families*. New York, Guilford Press. In Selvini, M., (2006) "Dodici dimensioni per orientare la diagnosi sistemica", Versione Novembre 2006 inviata a *Terapia familiare*
- Madanes, C. (1981) "Terapia familiare strategica" in Gurman, A. e Kniskern, D.
- Minuchin, S. (1974) *Famiglia e terapia della famiglia*. Roma, Tr. it. Astrolabio, 1981. In Selvini, M., (2006) "Dodici dimensioni per orientare la diagnosi sistemica", Versione Novembre 2006 inviata a *Terapia familiare*
- Onnis, L. (a cura di) (1988), *Famiglia e malattia psicosomatica*, Roma, La Nuova Italia Scientifica
- Selvini, M., (2006) "Dodici dimensioni per orientare la diagnosi sistemica", Versione Novembre 2006 inviata a *Terapia familiare*
- Selvini, M., (1993) "Psicosi e misconoscimento della realtà". In *Terapia Familiare*, 41, pp. 45-56.
- Selvini, M. (1994), "Segreti familiari: quando il paziente non sa". In *Terapia Familiare*, 45, pp. 5-17
- Selvini, M. (2003), "Tecniche di presa in carico psicoterapeutica di un paziente non richiedente". In *Terapia Familiare*, 73, nov., pp. 5-33.
- Selvini Palazzoli, M. et al. (1974) *Self-starvation*. Trad.it. 1981, Milano, nuova edizione Cortina 2006.
- Selvini Palazzoli, M. et al. (1975) *Paradosso e*

controparadosso, Milano, Cortina, in Selvini, M., (2006) "Dodici dimensioni per orientare la diagnosi sistemica", Versione Novembre 2006 inviata a *Terapia familiare*

- Selvini Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M., Sorrentino, A.M. (1998), *Ragazze anoressiche e bulimiche*, Milano, Cortina.
- Spitzer, R.L., Wakefield, J.C., (1999) DSM-IV diagnostic criterion for clinical significance:

does it help solve the false positives problem? *Am J Psychiatry*. 1999 Dec;156(12):1856-64.

- Telfener, U. (2007) Riflessioni sulla Terapia individuale Sistemica, *Connessioni*, pp.29, No.19, Settembre, 2007
- Tomm, K.M. (1993) "Una Revisione critica del DSM", *Connessioni*, pp25-30, No.4, Settembre, 1993 (an Italian translation of "A Critique of the DSM").



Un figlio: nascita e rinascita dei sistemi

Eleonora Russo e Giulia Zarvettor,

Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Sistemico Integrata

Sommario

L'elaborato approfondisce vari aspetti dell'esperienza della maternità in ottica sistemica ed evolutiva. Si è cercato di proporre una visione ampia di un fenomeno complesso, universale, ma anche culturalmente determinato, ponendo l'attenzione soprattutto sui cambiamenti che avvengono nella futura madre, a livello individuale, relazionale e sociale, ma anche nel padre e in tutta la famiglia allargata.

Parole chiave:

Maternità, gravidanza, nascita, triade, salto generazionale

Summary

The paper explores various aspects of the experience of motherhood in systemic and evolutionary perspective. We have tried to propose a broad view of a complex phenomenon, universal, but also culturally determined, focusing particularly on changes occurring in the future mother, at the individual, relational and social, but also in the father and the whole family enlarged.

Key words:

Maternity, pregnancy, birth, triad, generation gap

INTRODUZIONE

“Il bambino entra nel mondo e la madre in un altro stato di coscienza, nessuno dei due è più lo stesso.” (Allende, 1997)

Riflettendo sul concetto di maternità ci si accorge subito che si tratta di un fenomeno che in qualche modo permea l'esistenza di ogni persona, in luoghi e tempi diversi: tutti abbiamo avuto una madre, anche se non tutti lo siamo stati o lo saremo!

Gravidanza, parto e allattamento hanno in sé degli aspetti prevedibili, universali, perlomeno da un punto di vista strettamente fisiologico, ma diverso è il modo in cui gli stessi eventi vengono esperiti dalla donna e si inseriscono nella sua storia personale e familiare.

La scelta dell'argomento è stata dettata dalla considerazione che l'esperienza della maternità evoca delle tematiche universali quali la continuità dell'esistenza, l'evoluzione e la crescita, individuale e familiare, la nascita come rinascita dei sistemi. Essa induce nella madre e nel suo contesto un momento di crisi, con le difficoltà, i rischi e i compiti che comporta l'attraversare questo cammino. Sebbene il processo di procreazione sia stato spiegato nei minimi dettagli dalla scienza, il concepimento e la gravidanza restano avvolti in un mistero al quale la mente non può avere accesso attraverso la ragione. Il fascino della creazione abita il corpo della donna durante l'attesa, che si sostanzia nel movimento attraverso il superamento di una visione egocentrica del mondo e una concezione lineare del tempo.

L'intento di questo approfondimento è quello di trasmettere una rappresentazione più complessa della maternità, considerando questo fenomeno come un processo che non riguarda solo la madre, il padre ed il

bambino, ma tutto il contesto entro cui si colloca e si definisce, dando spazio a tutti gli attori coinvolti, pur prestando particolare attenzione al punto di vista materno. La nascita di un figlio introduce nella coppia e nella famiglia allargata elementi di novità, generando il cambiamento attraverso un processo circolare, in cui i sistemi si ristrutturano e determinano a loro volta il significato che la maternità assume. Adottando un approccio ecologico e tralasciando volutamente gli aspetti patologici e gli effetti iatrogeni della medicalizzazione della maternità operata nella cultura occidentale contemporanea, abbiamo cercato di offrire una concezione più ampia di questo fenomeno tanto universale, quanto soggettivamente esperito.

Il tema delle differenze culturali inoltre ridefinisce la maternità nello spazio e nel tempo e introduce nuovi spunti di riflessione, che nascono dal confronto con pratiche e convinzioni per noi aliene.

L'impostazione che abbiamo dato all'elaborato si snoda attraverso i diversi livelli dei sistemi coinvolti: l'individuo, la coppia, la famiglia d'origine, la rete sociale, la cultura. Non sempre è stato facile discernere fra i vari sistemi, in quanto il mutamento avviene e si propaga in modo circolare attraverso i differenti livelli da noi presi in considerazione.

1. SISTEMA INDIVIDUO: la madre, (il padre), il bambino

“Partorendo, una donna incontra la propria madre; diventa lei, la prolunga, per quanto si differenzi da lei” (Bydlowski, 2000).

Il tempo e la maternità

La percezione del tempo e della propria collocazione all'interno del ciclo di vita muta-

no profondamente durante la gravidanza e con la nascita del bambino. L'esperienza di generare una nuova vita spinge la donna a rileggere la propria storia in una prospettiva temporale nuova. Il ciclo esistenziale visualizzato si amplia, includendo temi come quello della vita e della morte. Si cercano connessioni con il passato, il presente, il futuro. Ci si ripositiona in un nuovo asse temporale, molto più flessibile, forse più vulnerabile del precedente, in cui la dimensione relazionale prende molta forza sottraendone all'individualità coltivata nel tempo e all'idea del controllo come punto di forza nella nostra esistenza. In questi termini si configura come evento che porta rottura e discontinuità. Rappresenta un vero e proprio spartiacque che discrimina nettamente tra due fasi distinte della vita: gli anni che trascorrono prima assumono una dimensione diversa rispetto a quelli condivisi con la prole. Il figlio apre uno sguardo sul futuro ed impone un rilettura del proprio passato con altre lenti. Rappresenta un punto di non ritorno che da inizio ad un legame, quello tra genitori e figli, che è indelebile (Binda, 1997).

Dall'altro lato genera un processo di continuità intergenerazionale. Attraverso l'elaborazione dell'evento nascita s'impone una riconnessione tra passato, presente e futuro, in cui il figlio rappresenta l'unione tra due storie familiari, quelle delle famiglie d'origine, che s'intersecano. Il figlio rappresenta un prodotto comune di storie diverse, di cui si deciderà di quali tratti, caratteristiche, tradizioni, miti e valori si farà portatore e quali invece rigetterà, dell'una o dell'altra discendenza.

Prenatale e postnatale

Missonier (2005) sottolinea la presenza, nella cultura occidentale, di una frattura tra la fase pre- e postnatale, in termini di studi,

ricerche ed attenzione in generale. Il periodo dopo la nascita è oggetto di investimenti e di analisi sempre maggiori, mentre la fase prenatale viene spesso, sotto molti aspetti, trascurata. Egli invita a superare questa rottura e a connettere i due periodi ponendoli in continuità. Sono due le ragioni a cui fa riferimento, settori complementari delle più recenti ricerche. Da un lato, le competenze postnatali sono indissociabili dalla loro maturazione prenatale; dall'altro, l'instaurarsi dei legami tra il genitore e il neonato dopo la nascita, è comprensibile solo alla luce della genesi dei legami prenatali. Da tali stimoli nasce la scelta di approfondire il tema delle rappresentazioni materne e della relazione con il bambino nella fase prenatale.

Prenatale: la metamorfosi nella gestante (il corpo, i vissuti, il mutamento e le fantasie)

La nostra società guarda alla maternità come ad un momento di felicità idilliaca e di piena realizzazione per la donna. La maternità diviene nell'immaginario sociale sinonimo stesso di femminilità, non riconoscendo aspetti psichici molto complessi di un'esperienza che invece costituisce una condizione potenzialmente traumatica. La transizione verso la maternità è un momento di crisi maturativa (Erikson, 1963) che porta la donna a completare il suo processo di separazione-individuazione (Mahler, 1975), permettendole di raggiungere una piena identità adulta. È un importante compito evolutivo che richiede un'adeguata capacità di elaborazione, e che contiene in sé il rischio di sviluppare una possibile sintomatologia depressiva.

Il periodo della gravidanza è per la donna un momento di continui cambiamenti, corporei e psicologici, alla ricerca di un equilibrio che rincorre i continui mutamenti che avvengono in sé e nella realtà che la circonda. Il corpo

che muta e i vissuti legati a questa esperienza generano spesso una marcata instabilità emotiva, nel tentativo di ridefinire la propria identità di donna, integrando pian piano la rappresentazione di sé come colei che può generare nuova vita.

La maternità è contemporaneamente una “fase evolutiva” e una “crisi mutativa” che impone una riorganizzazione delle esperienze precedenti e una ridefinizione del proprio ruolo all’interno della coppia, della propria famiglia, della società. L’elaborazione di tutte queste novità richiede notevole energia psichica, generando talvolta confusione e senso di smarrimento: il presente è mosso da continui cambiamenti, il futuro viene assemblato, il passato rinarrato.

In una prima fase, un processo fondamentale che avviene è quello dell’accettazione dell’embrione prima, e del feto successivamente, come parte integrante del sé. Nel corso dei primi mesi della gravidanza si ha un’esperienza psicologica di fusione col feto. Riemergono i ricordi legati alla propria infanzia. In questo processo di rielaborazione psichica la puerpera incontra due immagini: quella di sé da bambina e quella della propria madre. Nel corso di colloqui psicoanalitici il discorso spontaneo delle gestanti appare denso di ricordi infantili e sempre incentrato su di sé. Il nascituro non è presente nel discorso o, se lo è, è anch’esso oggetto di un investimento narcisistico da parte della futura madre: il bambino immaginario è proiezione dei conflitti, dei desideri e delle aspettative materne (Bydlowski, 1997).

Tale percorso a ritroso consente alla donna di rivivere, in modo simbolico e traslato, il percorso evolutivo a partire dall’indistinzione originaria con la madre fino alla separazione da quest’ultima, al fine di intraprendere un percorso volto all’individuazione di un sé autonomo.

Divenire madre presuppone un adeguamen-

to della propria identità, nel passaggio dal ruolo di figlia a quello di genitore e comporta il confrontarsi emotivamente con la propria madre, a volte ponendosi nei suoi confronti in competizione per arrivare a prenderne il posto. La maternità porta la donna, a questo punto, a rivestire contemporaneamente due ruoli: quello di figlia di sua madre e quello di madre di suo figlio. Ciò può suscitare angosce di perdita, o sentimenti di colpa connessi al desiderio di sostituirsi alla propria madre spodestandola.

Questo necessario confronto con la propria storia evolutiva, ed in particolare con la relazione avuta con la figura accudente, ha un peso determinante sulla futura maternità. Quando il confronto con la propria storia evolutiva avviene in chiave positiva, la madre sviluppa gradualmente la capacità di anticipare mentalmente l’evento della nascita e dell’incontro con il neonato e con le sue richieste, superando quell’iniziale fase di ripiego narcisistico (Missonnier, 2005), per espletare un nuovo compito evolutivo che consiste nel «*separare il feto dal suo Sé e di accettarlo come un oggetto distinto con cui entrare in relazione*» (Brustia Rutto 1996, 212).

Il bambino, tra fantasia e realtà

L’attesa di un bambino è un periodo di “trasparenza psichica” per la donna incinta (Bydlowski, 1997), ma anche di riadattamento delle relazioni all’interno della famiglia: entrambi i genitori si preparano psicologicamente alla genitorialità e alla relazione con il bambino atteso, attraverso la costruzione progressiva di un’immagine del bambino, il cosiddetto “bambino nella testa”, “bambino nella notte”, “bambino immaginario” (Soulé, 1982; VegettiFinzi, 1995; Bydlowski, 1997), che poi dovrà fare i conti con il “bambino reale” alla nascita.

A partire dalla sedicesima settimana il feto, muovendosi nel grembo materno, rafforza la sua presenza in termini di “oggetto”, fungendo così da premonizione per l'avvento del processo di differenziazione, da conclamarsi successivamente con l'evento del parto (Vincent 1985). Quando i movimenti fetali sono percepiti con consapevolezza e le modificazioni esterne del corpo sono evidenti, la donna comincia a concentrare l'attenzione sul bambino: lo immagina, gli attribuisce delle caratteristiche, ne delinea i tratti somatici e gli dà un sesso, un nome (Pennisi et al. 1992). Molte delle energie mentali vengono concentrate nel tentativo di immaginare come sarà il nuovo nato; le ipotesi saranno condizionate dalle speranze, dai timori, dalle paure, dall'ansia sulla sua salute, dalla propria storia personale e familiare, dal contesto sociale e professionale.

Da questo momento la donna si confronta con un altro compito adattivo, che è quello di riorganizzare la propria relazione con il bambino dentro di lei e prepararsi all'evento della nascita-separazione. Comincia così un altro stadio della gravidanza: quello relativo alla percezione e individuazione del feto nella mente della madre e alla differenziazione del nascituro dal sé. Già a partire dal secondo trimestre di gravidanza, le madri che sono riuscite a compiere un percorso di progressivo distacco dalla idea di fusione col feto, strutturano un dialogo con il proprio bambino e fantasticano gesti immaginari come abbracciare, accarezzare, calmare il piccolo (Raphael-Leff, 1991).

In questa fase della gestazione, le manifestazioni somatiche della gravidanza inducono nella donna una maggiore presa di coscienza rispetto al proprio stato gravidico, ed insorge quella che Winnicott definisce “preoccupazione materna primaria” la quale,

secondo l'autore si svilupperebbe gradualmente per raggiungere un livello di elevata sensibilità ai bisogni del bambino, e sarebbe uno stato psichico assimilabile ad una condizione di ritiro in sé stessa per favorire l'identificazione col feto (Winnicott 1956, 359-360; 1975). La stessa capacità di identificazione risiede secondo Fonagy in ciò che definisce «Sé riflessivo», una sorta di osservatore interno che monitora l'esperienza e consente lo sviluppo del ruolo genitoriale attraverso l'anticipazione delle esigenze del neonato e la manipolazione del mondo esterno in funzione della prospettiva del bambino (Fonagy 1992, 100-101). Bion (1962) ha messo in evidenza questa capacità della madre con il suo concetto di *rêverie* materna, considerato dall'autore indispensabile affinché la madre possa cogliere i sentimenti del piccolo, farli propri e attribuire loro un significato.

Due stili materni di RaphaelLeff

L'autore (in Ammaniti, Candelori, Pola e Tambelli 1995) descrive due diversi stili materni. Nello stile *regolatore* la madre considera il figlio come un insieme di bisogni da definire per regolarne la gratificazione e vede se stessa nel ruolo di addestratrice del figlio, al fine di farlo adattare alla realtà ambientale.

La madre con uno stile *facilitante* considera il figlio in termini intimi fin dalla gravidanza e si affida a quanto il bambino le comunica. Per facilitare questo incontro la madre si adatta. Approfondendo i due tipi d'ipotesi relazionali con il feto, si noterebbe che la madre facilitante sperimenta la gravidanza come la piena conclusione della propria identità femminile. Dopo un iniziale stato di fusione con il suo embrione, con la comparsa dei movimenti fetali intraprende un processo di differenziazione accelerato. Usando l'immaginazione comincia un lavoro di sperimentazione di se

stessa nel potenziale rapporto con il figlio. Vengono attivati conflitti identificatori con la propria madre che, se opportunamente elaborati, portano la mamma ad accettare la propria maternità. L'accettazione si esplica in un cambiamento dello stile di vita.

La madre regolatrice attribuirebbe alla gravidanza un significato diverso. Cerca di resistere alla disorganizzazione transitoria accentuando il sistema difensivo e amplificando il suo funzionamento razionale. Solitamente continua il suo lavoro fino alla fine della gravidanza. Il paradigma materno è quello di essere potenzialmente controllante e mantenere distanza dall'esperienza. Progredendo nella gravidanza la donna è solitamente tormentata da angosce relative al feto ed è preoccupata per il parto.

Teoria della costellazione materna

Il ruolo e l'evoluzione delle rappresentazioni materne durante la gravidanza inerenti la definizione dell'attesa e l'ingresso nella genitorialità confluiscono nel costrutto della costellazione materna. Tale costrutto rappresenta l'organizzazione della vita psichica, appropriata e adatta, secondo Stern (1995), alla situazione di avere un bambino di cui prendersi cura. Rappresenta un'organizzazione psichica temporanea di natura non universale né innata, tipica delle società occidentali, la cui durata è variabile e la cui formazione determina nella donna la nascita di una serie di azioni, tendenze, sensibilità, fantasie, paure, desideri nuovi. L'autore individua una rete di schemi di "essere con" tipica della donna, la quale è passibile di modificazioni e revisioni nel corso della gravidanza e del post partum e dalla quale non si può prescindere per comprendere l'attualità della sua relazione con il piccolo. Si tratta degli schemi della madre relativi a se stessa come

donna, schemi relativi al bambino, al marito, alla propria madre e al proprio padre.

Gli *schemi della madre relativi a se stessa* come donna comprendono gli aspetti connessi ai ruoli personali, sociali e familiari, cioè di se stessa in quanto persona che ha la responsabilità primaria della vita e della crescita di qualcun altro e che sta vivendo la mutazione del proprio corpo sentendosi protagonista del processo creativo in atto. Si modifica l'equilibrio tra narcisismo e altruismo in risposta alla necessità realistica e al desiderio di anteporre gli interessi del bambino ai propri.

Gli *schemi relativi al bambino* comprendono rappresentazioni del bambino come figlio della madre, del padre, come membro di una famiglia. Coesistono previsioni e aspettative per il futuro e valutazioni sulle caratteristiche del piccolo. Il bambino rappresentato ha una lunga storia gestazionale ma tra il quarto e il settimo mese si modifica in modo sempre più rapido e si arricchisce.

Nel momento della triangolazione che la genitorialità introduce nella coppia si attivano gli *schemi relativi al compagno/padre* del bambino. Le rappresentazioni del bambino assumono una forma complementare a quelle del partner, che vengono modificate dalla donna, inserendosi, quindi, lungo le coordinate esistenti all'interno della coppia. Nel passaggio alla genitorialità intervengono anche gli *schemi relativi alla propria madre e al proprio padre*. Questo processo può implicare una rivalutazione della loro funzione in quanto genitori e/o nonni che può fare emergere reti sconosciute del passato della donna come bambina, nel momento in cui ha vissuto l'esperienza personale di ricevere le cure materne. Il rapporto con la madre viene connotato da un duplice processo, di identificazione e protezione, da un lato, e

di aggressività legata al superamento delle precedenti fasi di sviluppo, dall'altro.

Oltre agli schemi descritti vanno considerati anche gli schemi relativi alle famiglie d'origine, al altre figure accudenti o a fenomeni culturali e familiari (miti, leggende familiari...) che fanno parte delle narrazioni e della conoscenza semantica della donna.

La costellazione descrive un movimento di rielaborazione complesso per la neo-mamma che riguarda quattro temi, ciascuno dei quali implica un sistema organizzato di idee, desideri, paure, ricordi e motivazioni che influenzano i sentimenti, le azioni, le interpretazioni, le relazioni interpersonali della madre. I temi connettono la storia della donna alla missione più ampia di garantire la sopravvivenza della specie. Sono: *vita crescita, relazionalità primaria, matrice di supporto e riorganizzazione della identità.*

Il primo tema riguarda le paure connesse alla capacità della madre di garantire la vita e la crescita al proprio bambino: paura che non mangi a sufficienza, che deperisca, che non respiri bene o si disidrati, che possa essere schiacciato dal contatto materno o cadere in terra dalle sue braccia.

Il secondo tema fa riferimento alla relazione che la madre instaura con il figlio nel primo anno di vita: il legame di attaccamento, la regolazione dei ritmi e l'insegnamento delle regole di relazione fondamentali, come la produzione e la ricezione di segnali affettivi e sociali e la negoziazione delle intenzioni e dell'intersoggettività. Secondo Stern, questa fase subisce molto l'influenza della costellazione materna. Le paure riguardano soprattutto il timore di non essere adeguata, non amando a sufficienza il piccolo, non identificandosi con lui o rispondendo inopportuno alle sue richieste. "Sarò in grado di amare il bambino? Potrò sentire l'affetto che

lui prova per me? Sarò in grado di riconoscerlo come mio figlio? Saprò comprendere i suoi bisogni?"

La *matrice di supporto* fa riferimento al bisogno della madre di creare, consentire, accettare e regolare una rete di supporto esterna protettiva e benevola che le consenta di realizzare i compiti precedenti. Si tratta di una protezione fisica, inizialmente, al fine di tenerla al riparo, per un certo periodo, dalle esigenze della realtà esterna, in modo che possa dedicare tutte le sue energie alla relazione con il bambino. In secondo luogo, svolge una funzione psicologica ed educativa rispondendo ai bisogni di protezione, affetto e sostegno della donna. "Avrò la possibilità di dedicarmi esclusivamente al mio bambino almeno per un certo tempo? Avrò chi mi sostiene nei miei compiti di madre e riesce a consigliarmi senza criticarmi eccessivamente? Il mio partner saprà capire i miei bisogni e sostenermi nel modo giusto?"

Il tema della riorganizzazione della identità fa riferimento al bisogno della madre di trasformare e riorganizzare la sua identità secondo i suoi modelli di riferimento, includendo compiti, ruoli e adempimenti alla nuova funzione genitoriale. "Sarò capace di essere madre oltre che figlia? Sarò in grado di mantenere anche i miei ruoli abituali? Mi saranno utili i miei modelli familiari?"

Separazione individuazione, cesura della nascita

La separazione biologica del parto mette la madre di fronte alla disillusione derivante dal divario fra bambino immaginario e il bambino reale. Il lavoro psichico consiste nel tollerare lo spazio vuoto lasciato dal parto, per accogliere il bambino reale, tenendo dentro di sé il *bambino immaginario e fantasmatico.* (Lebovici, 1983).

Il corpo della donna durante la gravidanza e subito dopo la nascita è a disposizione di qualcun altro, la cui vita dipende da esso; secondo Deutsch (1946), questa particolarissima condizione può dar vita a due sentimenti di segno opposto, spesso coesistenti: da una parte una "una dilatazione immensa", dall'altra un sentimento di "annientamento totale" cui corrisponderanno atteggiamenti differenti nei confronti della maternità, dalla smisurata gioia di poter dare la vita a vissuti depressivi.

Secondo Missonier (2003) il parto è il luogo della separazione primaria e rappresenta un momento di separazione elutto dato dalla perdita del bambino immaginario e della relazione fusionale con il feto. Alla gioia per la nascita del figlio si accompagnano così sentimenti negativi che spesso non vengono ammessi. Le madri, possono celare i pensieri e gli affetti negativi, non ritenendosi in diritto di sentirsi tristi, infelici o depresse, e possono giudicarsi in termini morali, come madri cattive e inadeguate.

La sofferenza resta muta, soffocando la spinta affettiva ed emotiva, ed ancor più ostacolando la donna nell'affrontare il delicato momento del post-partum, che comporta una profonda ristrutturazione della propria immagine e del proprio ruolo, ma anche della propria vita personale e coniugale. Vi è inoltre l'incontro con il bambino reale, un bambino sconosciuto, sicuramente molto diverso dal bambino ideale, che si era immaginato durante i mesi precedenti.

La consapevolezza che questa creatura dipenda interamente dalle cure materne può attivare profonde ansie, legate alla paura di essere inadeguata nel proprio ruolo. È fondamentale in questa fase per la donna poter percepire il sostegno del partner, dei familiari e del tessuto sociale più ampio.

Paure nella quotidianità

Diventare genitori costringe ad affrontare delle preoccupazioni, legate alla presa di coscienza rispetto alle proprie responsabilità nell'accudimento del piccolo: ben presto ci si rende conto di quanto questa fragile esistenza dipenda dalla madre e dal padre. Molte e comuni sono le paure rispetto al neonato da parte del padre, ma soprattutto della madre. Vi è spesso la preoccupazione legata all'idea che il bambino possa soffocare, scivolare o sbattere nel fasciatoio, che possa stare male a causa di una loro sbadattaggine o che possa essergli schiacciato un braccino o un piede. Vi sono poi delle paure legate allo stato di salute, che si concretizzano nel pensiero che il bambino possa ammalarsi perché troppo vestito o magari per via di un colpo d'aria. Molte madri si preoccupano inoltre dell'alimentazione del neonato, temono di non essere capaci allattarlo o di non avere abbastanza latte. Un'altra insicurezza è legata alla capacità di accorgersi delle necessità del bambino, per molti genitori è infatti difficile all'inizio fidarsi del proprio intuito nell'interpretare le sue esigenze.

Un altro aspetto che può essere problematico è quello legato alla fatica. Nella maggior parte delle famiglie sono le mamme a fornire le cure primarie al bambino, non sempre affiancate da altre persone; oltre alle difficoltà pratiche si aggiunge così un notevole carico di responsabilità. Inoltre, la novità dell'esperienza e l'iniziale imprevedibilità delle esigenze del bimbo, nonché la rara regolarità dei suoi cicli di sonno-veglia e fame renderanno difficile la programmazione e l'organizzazione del tempo da dedicare anche alla propria cura personale e al riposo.

Nel corso della gravidanza e del post partum la donna sarà in grado di creare uno spazio fisico e mentale per il nascituro, solo se so-

stenuta dal contesto di coppia e da quello ambientale (Cardinali e Guidi, 1992), in cui saranno ospitate le rappresentazioni di sé come madre, del proprio partner come padre e del futuro bambino.

Numerosi studi (Dabbrassi, Imbasciati e Della Vedova, 2007) sono concordi nell'affermare che durante il periodo della gravidanza, del parto e del postpartum il supporto sociale facilita l'instaurarsi di quel particolare investimento affettivo che una gestante prova nei confronti del proprio feto (attaccamento prenatale) e diminuisca la presenza di sintomi depressivi. La mancanza di una rete che possa contenere il processo di maternità psichica invece può esporre al rischio di sviluppare funzioni genitoriali "perturbate" (Dabbrassi, Imbasciati, 2008).

Depressione post partum

Dopo la nascita del bambino, le difficoltà descritte, la solitudine, l'assenza di supporto sociale, possono alimentare una sensazione di tristezza nella donna. Senza un apparente motivo, può sentirsi irritabile e inadeguata rispetto ai nuovi compiti che l'attendono.

La depressione post partum esordisce due o tre giorni dopo il parto. La madre comincia ad avvertire ansia, umore triste e sensazione di instabilità. Tutto questo può accompagnarsi ad una certa irritazione immotivata nei confronti del neonato, del coniuge e di eventuali altri figli, laddove ce ne fossero. I sintomi più frequenti sono rappresentati da fluttuazioni dell'umore, il pianto senza apparente ragione, senso di affaticamento e livelli elevati di ansia che rivelano una preoccupazione eccessiva per il benessere del neonato, accompagnati dalla sensazione di non essere in grado di prendersi cura del bambino, quindi un costante sentimento di inadeguatezza, la mancanza di energia,

mal di testa, dolori addominali, tachicardia, difficoltà a respirare, attacchi di panico, insonnia, inappetenza o fame incontenibile, difficoltà di concentrazione, disinteresse nei confronti del bambino, sentimenti di colpa e disistima.

Assieme a questi sintomi la donna può sviluppare anche sensi di colpa ed autorimproveri, ripiegandosi in uno stato di isolamento, e nei casi più gravi possono comparire idee suicidarie per sé e per il bambino. Naturalmente l'entità dei sintomi può variare da caso a caso, così come il decorso.

La depressione materna influisce negativamente sulla qualità dell'interazione madre-bambino: la madre si mostra scarsamente responsiva e incapace di interpretare adeguatamente i segnali del bambino e di sintonizzarsi emotivamente con lui. Gli effetti non compromettono soltanto la salute della donna, ma anche e soprattutto lo sviluppo psichico del bambino. In presenza di un sistema di accudimento efficace, il bambino sviluppa gradualmente la capacità di regolare le proprie emozioni attraverso il rispecchiamento materno, ma all'interno di un'interazione diadica disturbata il piccolo deve preoccuparsi di autoregolare i propri stati di disagio. Può mettere in atto un insieme di strategie autoregolatrici disfunzionali, che possono manifestarsi attraverso comportamenti di evitamento - allontanare la testa, distogliere lo sguardo - oppure attraverso gesti autoconsolatori, tipici di alcuni quadri autistici -dondolarsi, succhiare e/o manipolare parti del proprio corpo - (Amaniti et al., 2007).

Si tratta di una precoce risposta di difesa all'esperienza disorganizzante del suo incontro con la madre. Allo stesso modo la qualità dell'attaccamento risente della depressione materna: la mancanza di reciprocità infatti ostacola l'instaurarsi di un sistema di attac-

camento sicuro. Il bambino, esposto precocemente a ripetuti fallimenti nella relazione con la sua figura di accudimento, tende ad interiorizzare una rappresentazione negativa di sé e delle sue relazioni.

Attaccamento: la relazione madre bambino

La madre è nella maggior parte dei casi la prima e fondamentale figura che si occupa del bambino ed il tipo di legame che si crea fra i due è determinante per lo sviluppo futuro del bambino, nonché per l'equilibrio all'interno del sistema familiare.

John Bowlby, sviluppò la sua teoria sull'attaccamento per descrivere meglio l'interazione madre-bambino nel suo carattere di reciprocità, riconoscendo l'importanza delle precoci esperienze di vicinanza sul successivo sviluppo della persona.

Il modo in cui si crea il rapporto di intimità fra madre e bambino dipende in larga misura dalla storia personale della madre e dalla sua esperienza di vita. A sua volta, le modalità con cui ci si lega affettivamente ad un'altra persona riflettono le primarie esperienze di attaccamento, che nella crescita si sedimentano in quelli che l'autore definisce modelli operativi interni (1969), ossia le rappresentazioni mentali che gli individui hanno delle relazioni e che consentono loro di fare previsioni sugli altrui comportamenti e intenzioni. I primi legami di attaccamento vengono progressivamente internalizzati nel sistema rappresentazionale del bambino e in questo modo le esperienze successive sono strutturate ed interpretate sulla base di tali rappresentazioni intrapsichiche di sé e degli altri.

I modelli rappresentazionali si costruiscono sulla base delle esperienze reali durante la relazione con la figura di attaccamento, le quali ripetendosi formano schemi di eventi

o copioni (script), che si organizzano in tracce di memoria. I bambini che ricevono delle cure adeguate per sensibilità e per disponibilità emotiva sviluppano, un modello degli altri come affidabili e disponibili e un modello di se stessi come degni delle cure che vengono loro rivolte. Al contrario invece, i bambini che non ricevono cure adeguate, sviluppano sentimenti di rabbia e di angoscia nei confronti degli altri e sentimenti di insicurezza nei confronti di se stessi.

È importante sottolineare la natura reciproca di questo processo: in un'interazione fra genitori e bambino ciascuno si orienta attraverso i propri modelli operativi interni, influenzando così quelli dell'altro e contribuendo a creare dei modelli condivisi che co-evolvono durante l'infanzia. Anche se in un primo momento saranno i ritmi del neonato a dettare l'andamento interattivo, più l'adulto sarà capace di essere ricettivo nei confronti delle esigenze del bambino più egli si svilupperà un senso di sicurezza e protezione che gli consentirà, successivamente, di adattarsi anche ai bisogni e alle aspettative dei genitori. Non bisogna inoltre dimenticare che l'attaccamento è un processo dinamico in continua evoluzione e cambiamento, specialmente durante l'infanzia.

Mary Ainsworth (1978) ha analizzato l'organizzazione dell'attaccamento in età infantile attraverso una situazione sperimentale definita "strange situation" in cui venivano osservate le risposte di un bambino fra i 12 ed 18 mesi, posto in una stanza non familiare con un adulto estraneo e la propria madre. In base alla risposta comportamentale data dal bambino la studiosa collaboratrice di Bowlby stabilì quattro categorie per descrivere le costellazioni di risposte presentate dai bambini. Le quattro categorie definiscono le quattro modalità di attaccamento che

organizzano l'interazione tra il bambino e chi lo accudisce e plasmano la rappresentazione mentale di sé, dell'altro e della relazione. Mary Main (1985) nel tentativo di studiare il comportamento di attaccamento nell'adulto sviluppò un'intervista, l'Adult Attachment Interview, che ambiva ad investigare i modelli operativi interni negli adulti. Nel corso di questo colloquio, vengono investigati i ricordi relativi alle precoci esperienze di attaccamento allo scopo di determinare i modelli di attaccamento attuali. Le categorie individuate dall'AAI nei genitori sono predittive nel 75-80% dei casi dello stile di attaccamento che svilupperà il figlio (Main et al., 1985; Fonagy et al. 1991), sottolineando il carattere intergenerazionale di questi script relazionali. Lo scopo di questa procedura è quello di cercare di sviluppare un sistema di classificazione delle descrizioni narrative che gli adulti fanno delle loro esperienze e relazioni di attaccamento, attraverso i ricordi che i genitori hanno delle proprie figure di attaccamento infantili e i pensieri relativi a tali figure. La struttura dell'A.A.I. si basa su due concetti fondamentali: il principio secondo cui la ricostruzione del passato viene fatta alla luce delle esperienze attuali del soggetto e la constatazione che il soggetto può trasformare il passato, specialmente per quanto riguarda esperienze negative e che tale trasformazione possa emergere dallo studio parallelo della forma e del contenuto della narrazione autobiografica.

Il processo di attaccamento inizia già durante la gravidanza, nella relazione che madre e bambino instaurano fin dai primi momenti.

Il bambino

"Il bambinopiccino non può esistere da solo, ma è fundamentalmente parte di unarelazione" (Winnicott, 1965).

Gli studi dell'InfantResearch hanno recentemente messo in evidenza le capacità dei neonati non solo di elaborare informazioni provenienti dalla realtà esterna (Piaget, 1962, 1968), ma anche di occupare un ruolo attivo nell'interazione con le figure di accudimento (Stern, 1998).

Secondo Stern (1985) i bambini fin dalla primissima infanzia, si formano delle rappresentazioni generalizzate d'interazione (RIG), che sono dei prototipi che descrivono gli eventi frequenti nella vita dei bambini. L'autore sottolinea come in questo processo le aspettative dei genitori, attraverso la sintonia selettiva che li porta a reagire solo ad alcuni comportamenti o stati d'animo del bambino, giochino un ruolo essenziale nel determinare lo sviluppo del piccolo. La maturazione è infatti un processo che avviene a seguito all'esperienza e la qualità dell'esperienza stessa sembra determinare il tipo di sviluppo (Imbasciati, 1998, 2007).

Se l'importanza rivestita dalle relazioni del bambino con le prime figure di attaccamento è innegabile, da qualche decennio si è scoperto che già a livello di gestazione il feto è provvisto di competenze sensoriali, percettive, mnestiche e motorie molto sviluppate. Pertanto la relazione madre-bambino assume una connotazione di continuità tra la vita prenatale e la successiva vita neonatale. Secondo questa concezione le competenze presenti alla nascita deriverebbero da primari apprendimenti prenatali (Della Vedova, Imbasciati, 1998)

Esiste infatti una teoria dell'attaccamento prenatale che si interessa del tipo di investimento affettivo che i genitori hanno verso il bambino che attendono, sentimento che nasce e si sviluppa già durante le prime fasi della gravidanza e che Cranley (1981) definisce misura in cui la donna manifesta com-

portamenti che rappresentano interazione e coinvolgimento affettivo verso il feto.

2. SISTEMI SOCIO CULTURALI

“La maternità è fatta di sociale e di privato, di intimità e di condivisione, di silenzio e di annuncio” (Marinopoulos, 2006)

Trasformazioni della famiglia occidentale

La maternità è un fenomeno complesso, che comprende la gravidanza, la nascita, la cura e l'educazione dei figli e ha un impatto fortissimo sulla biografia della donna e della sua famiglia, influenzato fortemente dal contesto storico e culturale in cui essa è inserita e determinato da norme religiose, sociali e giuridiche. Nel corso dei secoli il processo sociale e biologico della maternità si è trasformato all'interno del tessuto sociale più ampio, ma soprattutto all'interno della struttura familiare.

Gambini (2007) delinea le principali caratteristiche dei nuclei familiari nel corso della storia. Va ricordato che l'ampia variabilità delle strutture e funzioni dei gruppi familiari stabilisce l'impossibilità di definire la famiglia indipendentemente dal contesto spazio-temporale e quindi socio-culturale in cui essa è inserita (Fruggeri, 2001). Con la diffusione, alla fine del XX sec., di nuove tecnologie di riproduzione e alla diffusione di adozioni e affidi, alla maternità sociale spesso non coincide più necessariamente la maternità biologica. Il legame sociale infatti, in quasi tutte le culture, è preminente rispetto a quello biologico, purché esso si instauri in un modo socialmente accettato.

Famiglia tradizionale

Presente in Europa fino a inizio Ottocento, questo assetto è ancora presente in varie

forme in altre parti del mondo. La coppia nasce non per scelta o per amore, ma con funzione procreativa. Per secoli la nascita di un figlio è stata vissuta come un accadimento naturale, biologico, di cui si sapeva, ma che non si riusciva a programmare; era preclusa la possibilità di non avere figli, ma anche quella di decidere quando averne. In questo contesto la nascita di un figlio, era voluta come bene primario della famiglia, ma spesso anche subita: la coppia poteva vivere questo evento anche con una certa estraneità, non priva di timore legato essenzialmente ai pericoli della gravidanza.

Il ruolo della donna era quello di generare dei figli, che potessero contribuire al sostentamento della famiglia allargata, che si occupava dell'allevamento dei nuovi nati. I figli erano visti come forza lavoro e, vista l'alta mortalità delle madri durante il parto e dei bambini per malattia nei primi anni di vita, la tendenza era quella a procreare il più possibile, anche perché ancora non esistevano o non erano diffuse forme di contraccezione.

Famiglia moderna

Questa definizione si usa per descrivere l'organizzazione familiare che va da fine Ottocento agli anni Settanta. Questo tipo di famiglia è fondata sul matrimonio come scelta d'amore e caratterizzata da una forte divisione dei ruoli coniugali al suo interno, stabiliti in modo gerarchico affermando la potestà del padre su moglie e figli nel contesto di un'economia di tipo capitalistico. Il ruolo sociale della madre e il significato di maternità mutarono profondamente a seguito dell'industrializzazione, delle accresciute possibilità di guadagno per le donne e del cambiamento strutturale della famiglia.

La tradizionale divisione del lavoro maschile retribuito fuori casa e femminile in ambito

domestico relegava la donna in una condizione di dipendenza economica dal marito e la costringeva ad occuparsi esclusivamente dell'amministrazione della casa e dell'educazione dei figli.

È possibile definire questa famiglia come nucleare e puerocentrica, in quanto si compone della coppia di genitori e assegna molta importanza ai pochi figli, della cui cura affettiva ed educativa resta comunque investita prettamente la madre, mentre il padre, come capofamiglia, è deputato a al mantenimento economico del nucleo. Nascono le prime forme di contraccezione, al fine di limitare il numero dei figli per poter così investire sui pochi presenti.

Famiglia contemporanea

Oggigiorno i matrimoni vanno diminuendo, così come il numero dei figli. Aumentano invece i divorzi e le nuove forme di nuclei famigliari: famiglie mono-genitoriali o ricomposte, coppie omosessuali, famiglie plurietniche convivono da tempo a fianco di quelli più tradizionali. Nel corso degli ultimi decenni è apparso in modo sempre più evidente che la molteplicità delle forme familiari non è unicamente legata alla variazione delle organizzazioni socio-culturali o alla dimensione storica: all'interno di uno stesso contesto sociale coesistono diverse forme di famiglia. Questo fenomeno viene definito da Fruggeri (2001) come "*plurinuclearità*", per superare il modello che contrappone dicotomicamente famiglie vecchie e nuove, tradizionali e emergenti.

La procreazione come scelta

La scelta di avere un figlio, nel passato, era strettamente legata ai processi di istituzionalizzazione che strutturavano le relazioni di coppia. Per molte famiglie popolari era una risposta alla necessità di aiuto e di mano-

dopera per il lavoro. Nelle famiglie borghesi, invece, erano lo strumento per garantire la trasmissione delle proprietà. In entrambi i casi, i figli avevano una funzione sociale di soddisfacimento di necessità fondamentali. Questo tipo di necessità, indipendenti dalla soggettività e dalle inclinazioni personali dei singoli, facevano sì che nel passato fossero assai diffusi e socialmente ammessi comportamenti che oggi riteniamo riprovevoli, cioè l'esclusione di alcuni figli dall'asse ereditario per evitare la divisione della proprietà, o l'abbandono di neonati presso Istituti. Questi ultimi venivano poi richiesti da famiglie contadine che avevano necessità di manodopera, ma di solito non avevano lo status di figli, nemmeno adottivi.

Oggi, la procreazione, non rappresenta più un destino biologico che la coppia è costretta a subire ma è il risultato di una scelta. Il timing sociale che indica il momento più opportuno del ciclo di vita per procreare appare sempre più subordinato a spinte verso l'auto-realizzazione; ciò comporta spesso un gioco di continui rinvii, nell'attesa di una situazione di coppia più adeguata e di un miglioramento della condizione economica e abitativa, che conduce molto frequentemente, ad una difficoltà biologica ad avere figli. Potremmo definirla una transizione al non-parenthood (Binda, 1997) che si basa su una progressiva organizzazione di vita centrata sull'adulto, realizzabile solo in assenza di figli, caratterizzata dalla tendenza a considerare alternative inconciliabili fattori che di per sé non si escluderebbero a vicenda. Questo modo di pensare non viene socialmente condannato, ma piuttosto messo in relazione ad un desiderio di autoaffermazione sociale della propria identità, per lo più connotato positivamente. L'avvento dei mezzi di regolazione delle nascite ha avuto inevitabilmente un esito am-

bivalente: da una parte permette di vivere la sessualità più liberamente senza l'angoscia di generare un figlio indesiderato, al contempo però può paradossalmente creare maggiori possibilità di conflitto nella coppia, se entrambi non sono pronti o concordi nell'affrontare questa intensa esperienza.

La procreazione diviene così conseguenza di un controllo attivo delle nascite da parte di molte coppie, che decidono il momento del concepimento al fine di accogliere il neonato in una situazione di maggior solidità economica e miglior competenza genitoriale. La società in generale diviene più attenta ai bisogni dell'infanzia. Attraverso la gestione della nascita l'atto procreativo si trasforma spesso da un avvenimento naturale alla realizzazione di un desiderio. Questo può costituire per le nuove generazioni una certa difficoltà, poiché sentono di dover corrispondere a grandi aspettative. Boszormenyi-Nagy e Spark (1988) leggono la posizione del figlio che nasce come quella di un debitore: il bambino deve prima o poi saldare il proprio debito nell'ambito di un sistema intergenerazionale, interiorizzando gli impegni che ci si attende da lui, agendo all'altezza delle aspettative e alla fine trasmettendo tutto alla propria prole. La scelta di avere un figlio diventa quindi un modo di risarcire la generazione precedente delle cure ricevute. La generazione che eredita fungerebbe da generazione testimone tra la generazione precedente e quella seguente.

L'enfaticizzazione della dimensione della scelta tipica dei nostri tempi in cui si tende a programmare, pianificare e controllare tutto, non è sufficiente ad annullare l'enorme carica di novità e imprevedibilità che porta con sé un nuovo nato, pur giungendo a seguito di una pianificazione e all'interno di una progettualità condivisa.

Il processo decisionale che porta al concepimento del figlio è carico di ambivalenze: o il rifiuto del figlio o il figlio a tutti i costi. Proprio perché avere un figlio è divenuto una scelta non è raro che si verifichi la situazione per cui alcune coppie, non accettando la propria sterilità, decidano di cercare un figlio a tutti i costi, tramite le tecniche di procreazione assistita, mentre altre paradossalmente mettono lo stesso impegno e la stessa tenacia nel tentare di evitare gravidanze indesiderate.

Generatività e stasi

Erikson (1988) usa l'espressione generatività per indicare quel movimento interiore che porta alla scelta procreativa. L'atto di avere un figlio, infatti, può essere visto, come un marker dell'acquisizione dello status sociale adulto, che implica la ridefinizione dell'identità personale e l'acquisizione di una nuova relazione. In quest'ottica, l'individuo esce da una condizione statica di attenzione su di sé per assumersi la responsabilità di un altro individuo, della cura di un'altra generazione. Attraverso l'assunzione di responsabilità, che si esplicita con il "prendersi cura", esce dal conflitto stasi-generatività, salendo di una generazione. Accettare una nuova generazione significa anche tollerare le nuove modificazioni anche strutturali che conseguono, facendo posto al bambino che arriverà. Erikson chiama generatività la caratteristica che, nel suo percorso di sviluppo, l'adulto è chiamato a possedere o meglio a raggiungere avendo la meglio sull'opposta tendenza o tentazione della stagnazione, che consta nell'improduttivo ripiegamento su di sé. La generatività, è fondamentalmente la capacità di cura e di investimento per ciò che è stato generato per amore, necessità o caso e che supera l'adesione ambivalente ad un obbligo irrevocabile. Erikson, chiarisce

che essa, pur esprimendosi primariamente nel desiderio di procreare e di prendersi cura dei propri nati, si può manifestare anche in tutte quelle attività produttive e creative che sono mosse dalla tensione di accrescere il potenziale delle generazioni successive alla propria.

Un confronto culturale: la maternità vista con gli occhi di alcune donne africane immigrate in Italia

Negli ultimi decenni i fenomeni migratori hanno portato in Italia donne provenienti dalle più svariate parti del mondo, appartenenti a diverse culture. I loro vissuti ed il loro punto di vista sono uno spunto interessante per ampliare la nostra concezione riguardo alla maternità, evidenziando l'importanza dei condizionamenti socio-culturali che gravano su questo evento, che viene vissuto in alcune culture non come un evento individuale ma collettivo, visione che permane anche fuori dal contesto originario quando le donne migrano nel nostro Paese (Guidetti, 2003). Attraverso le differenze di vissuti e pratiche legate alla maternità che riscontriamo nelle altre culture e attraverso il modo in cui donne che provengono da contesti diversi guardano al nostro modo di approcciare alla gravidanza e alla nascita possono emergere delle riflessioni interessanti.

Brigitte Jordan (1985) parla di "sistema natale" per descrivere tutte le credenze e le pratiche legate alla nascita, coerenti con la visione del mondo e ed il ruolo attribuito alla donna nei vari gruppi umani. Da queste premesse si determinano i ruoli, i meccanismi di gestione e controllo, nonché di assistenza e partecipazione alla maternità.

È interessante constatare come nel corso di colloqui con donne africane (Guidetti, 2003) emergano dei tratti universali legati alla ma-

ternità come la gioia di diventare madre, ma anche delle differenziazioni di tipo culturale come ad esempio il fatto che in Italia si fanno meno bambini e che vi è per la donna la possibilità di non avere figli, scelta preclusa invece nella loro cultura, dove, l'orgoglio di essere madre si intreccia al divieto di evitare la gravidanza, fatto descritto come innaturale e moralmente riprovevole, anche se non giudicato negativamente in un altro contesto come quello delle donne italiane. La maternità è vissuta come la naturale, ma in qualche misura anche obbligata, realizzazione della donna nel tessuto sociale: divenire madre è l'affermazione del proprio ruolo all'interno del gruppo. Nel corso delle interviste emerge anche il dramma della sterilità, che però non è vissuto solo come una menomazione individuale, che comporta senso di inadeguatezza, bensì anche come una disgrazia che tocca tutta la famiglia allargata. In casi estremi la donna, oltre che essere affiancata da una nuova moglie come consentito dalla poligamia, viene ripudiata e rispedita alla famiglia d'origine. Il matrimonio viene spesso contratto dopo aver già concepito dei figli, in quanto il fine ultimo dello stesso è garantire all'uomo una discendenza, quindi le capacità riproduttive della coppia devono essere in qualche modo testate.

Rispetto alla gravidanza quasi tutte le donne immigrate intervistate riscontrano l'assenza in Italia di supporto familiare e solidarietà fra donne: la donna italiana è vista come sola a gestire la maternità, sia durante la gravidanza, che poi nel parto e nell'accudimento del neonato. In Africa la gravidanza è un evento a cui partecipa tutta la famiglia allargata, specialmente quella del marito, che interviene attivamente nel sostegno e nella guida della puerpera. Il coinvolgimento si manifesta con la cura della donna, at-

traverso consigli pratici sull'alimentazione e sui comportamenti consentiti o considerati pericolosi: insomma attraverso un supporto quotidiano e concreto. Anche dopo la nascita, l'accudimento del bambino non è un impegno che riguarda solo la neo-mamma, ma la famiglia estesa, soprattutto nella sua componente femminile. Le donne immigrate notano soprattutto le differenze dopo il parto: in Somalia, ad esempio la donna che ha appena avuto un bambino è curata ed accudita dalla famiglia allargata quanto il bambino, fattore che sembra essere protettivo rispetto alle sindromi di depressione post partum. Certamente questi aspetti non si limitano all'ambito degli atteggiamenti nei confronti della gravidanza e della maternità, ma dipendono dall'assetto sociale più ampio. In una società in cui il ruolo principale della donna è quello di essere madre in cui viene quindi esonerata dall'adempimento di altri obblighi, quali il lavoro extradomestico, e in un contesto in cui i nuclei familiari sono estesi a diverse generazioni in cui convivono nonni, zii e nipoti, è chiaro che la rete sulla quale la puerpera potrà contare è molto più ampia rispetto a quella presente in Italia, dove la famiglia si è strutturata come nucleare e ragioni di natura abitativa e lavorativa hanno allontanato a volte di centinaia di chilometri la coppia coniugale dalle famiglie d'origine. Fino a poco tempo fa, anche in Italia la maternità era un'esperienza collettiva. La madre faceva parte di un sistema complesso che non era costituito solo dalla famiglia, ma anche dal contesto e dall'ambiente. Attualmente, la maternità tende a diventare individuale, se non solitaria (DeLassus, 1995). Parimenti nella nostra società si è sviluppata una presa in carico da parte dei servizi, che suppliscono l'assenza di un supporto familiare e di una rete informale, al

prezzo di una sempre maggiore medicalizzazione del percorso della nascita. Un'altra differenza riscontrata dalle donne africane è quella inerente all'assenza, nel loro Paese d'origine, di persone specializzate nella cura e nell'accudimento: ciascuna donna che abbia avuto figli contribuisce a guidare e curare la puerpera, mentre in Italia la donna si affida alle mani esperte di ginecologi e ostetriche. Un'ulteriore sostanziale differenza è che nella cultura africana gli uomini, compreso il padre, sono esclusi dalla partecipazione attiva all'evento: sono le donne, la madre, la suocera, le zie, le sorelle e le cognate che si attivano nel supporto e nella cura di madre e bambino. La gestione della gravidanza e dei momenti immediatamente successivi al parto, che si compie comunque in ospedale, avviene in ambito familiare, con la partecipazione di tutte le donne.

In Italia invece il parto, così come tutto il percorso della gravidanza, avviene sotto stretta supervisione medica: le uniche figure di riferimento sono gli esperti, con la conseguenza di porre l'attenzione quasi esclusivamente sugli aspetti biologici e fisici. Nelle società occidentali l'unico sapere legittimato è quello scientifico e il luogo deputato alla cura del corpo è l'ospedale. La gravidanza è considerata una condizione a rischio, la puerpera una paziente bisognosa di cure e se da una parte questo tipo di atteggiamento ha ridotto la mortalità materna e neonatale, dall'altra costringe la donna a vivere l'esperienza della nascita in un ambiente omologato, che evoca malattia e morte e la fa sentire spesso inadeguata. Ogni gruppo sociale attua in una certa misura un controllo sociale delle nascite, ma la medicalizzazione è un tratto caratteristico della filosofia occidentale, forse frutto della secolare scotomizzazione fra mente e corpo, mai avvenuta in altre culture.

Nei racconti delle donne immigrate emerge un atteggiamento di apertura rispetto al diverso modo di gestire la gravidanza in Italia: quasi tutte le intervistate hanno gradito le visite mediche, esami, ecografie, adeguandosi al nuovo sistema, pur mantenendo in parte le usanze del Paese d'origine. Più difficile è stato per loro adeguarsi alla cura del bambino proposta dalla cultura occidentale; la maggior parte hanno ascoltato la voce dei saperi tradizionali, guidate da madri o altre figure di riferimento, talvolta rimaste in Africa. La maggior difficoltà riscontrata è legata alla condizione di solitudine vissuta nel nostro Paese. Nonostante la presenza di amiche intime, madri o sorelle, ed il nuovo ruolo, necessariamente più partecipativo del marito, la sensazione è stata quella di sentirsi sole e di non aver avuto sufficienti cure, specialmente dopo il parto. Probabilmente questa visione dipende dal fatto che le reti sociali su cui una donna può contare nel Paese d'origine sono molto più vaste rispetto a quelle che si possono ricreare in territorio straniero; la differente situazione abitativa che prevede la convivenza esclusiva della famiglia nucleare e le condizioni lavorative che costringono molte donne a tempi e ritmi diversi da quelli precedenti all'immigrazione, hanno reso problematica la percezione di un sostegno.

3. SISTEMI FAMILIARI: la coppia e le famiglie d'origine

Il passaggio dalla diade alla triade

Secondo Gambini (2007), un nodo cruciale nel ciclo di vita della famiglia è la nascita del primo figlio, che implica il passaggio dalla diade coniugale alla triade familiare. La nascita di un figlio, in particolare del primo, costringe a una ridefinizione dell'identità dei

singoli e della coppia, nonché ad una nuova distribuzione dei ruoli nella coppia e nella famiglia allargata.

Prima ancora di avere un suo spazio fisico, il bambino occupa uno spazio mentale importante nella progettualità della coppia. Uno degli aspetti che caratterizzano il percorso psicologico verso la genitorialità è la capacità di "far spazio al terzo". Tali considerazioni hanno portato gli studiosi di psicodinamica delle relazioni infantili a compiere un passo indietro per seguire il formarsi dell'esperienza genitoriale nella coppia.

Che la gravidanza sia desiderata o meno, attesa o inaspettata, è un evento destinato a modificare profondamente la vita di una donna e del suo compagno. La nascita di un figlio modifica profondamente gli equilibri precedenti, apre nuovi orizzonti e la coppia coniugale diviene anche coppia genitoriale, accogliendo nella propria vita il nascituro. Per entrambi si verifica un sostanziale passaggio a livello di identità: da figli si cambia improvvisamente ruolo all'interno del contesto familiare e sociale per diventare genitori, con tutte le responsabilità connesse a questo ruolo. Questo per alcuni individui può divenire un periodo pieno di dubbi, ansie e a volte paure.

Divenire genitori implica l'instaurarsi di un legame inscindibile, sia con il proprio figlio, che con il partner con il quale si condivide quest'esperienza: si potranno interrompere i rapporti, chiudere una storia, ciononostante il legame genitoriale non potrà essere disciolto.

La nascita di un figlio non ha a che fare solo col divenire un genitore, ma ha anche notevoli effetti sulla relazione coniugale, provocando da una parte un più profondo consolidamento della diade stessa, dall'altra essa rappresenta un periodo di grandi mutamenti

alla ricerca di un nuovo delicato equilibrio non privo di difficoltà; questo evento obbliga la coppia ad affrontare gli aumentati conflitti e disaccordi secondo nuove modalità.

La partecipazione all'avvenimento per la donna è immediata, anche se non del tutto consapevole, in quanto moltissimi sono i mutamenti a partire dal corpo, nello stile di vita, nelle relazioni. Il padre, invece, all'inizio accede all'esperienza in modo indiretto, attraverso la vicinanza alla compagna e attraverso le proprie fantasie, svincolate dai fenomeni fisici, che interessano solo lei. Durante la gravidanza, mentre il corpo è impegnato nella gestazione fisica del feto e la donna deve elaborare tutti i cambiamenti somatici in atto, nella sua mente prende forma oltre che l'immagine di come potrebbe essere il bambino, quella di che tipo di padre potrà diventare il suo partner. In questo periodo, la donna può vivere il marito con una percezione alterata: spesso lo investe per un lungo periodo di un'identità che è quella più del padre del bambino che non quella di suo compagno.

In questo periodo la coppia si trova a fare i conti con la propria solidità e le proprie risorse. L'uomo può provare un sentimento di esclusione rispetto a questa situazione, che può avere l'effetto di allontanarlo dalla relazione e portare la donna a chiudersi in una stretta ed esclusiva relazione col bambino. È fondamentale che la coppia abbia raggiunto un buon livello di differenziazione al suo interno; la diversità che ogni coniuge deve riconoscere e rispettare nell'altro si accentua ulteriormente con le nuove connotazioni di ruolo che fanno dell'uomo e della donna un padre e una madre. La capacità di distinguersi diventa fondamentale quando è necessario fare spazio ad una terza persona; nel caso in cui non si sia costruita una

solida alleanza si pone il rischio di un rapporto fusionale in cui non ci sarà spazio per i bisogni e l'autonomia del piccolo, che verrà strumentalizzato in funzione delle esigenze o dei conflitti della coppia.

Con l'arrivo del bambino, espressione concreta della progettualità di coppia, oltre ai bisogni individuali e a quelli di coppia, si aggiungono infatti quelli del nuovo membro, fisici e affettivi, che specialmente all'inizio risultano spesso pervasivi nell'organizzazione della vita quotidiana.

Un aspetto problematico riguarda le tensioni che si creano nella coppia con l'adattamento a nuovi ruoli, con un senso di costrizione e restrizione: talvolta la sensazione è quella di non essere più padroni del proprio tempo. I neogenitori dovranno inoltre sviluppare una nuova adattabilità per venire incontro alle esigenze poste dal bambino, dando vita ad una nuova coesione di coppia e ad una nuova alleanza genitoriale, che permette ai coniugi di condividere la responsabilità connessa al nuovo ruolo e richiede impegno e coinvolgimento nonché supporto reciproco. Al contempo è fondamentale che i partners riescano a mantenere uno spazio di intimità affettiva, ma anche fisica.

La transizione da coppia coniugale a coppia genitoriale implica dei compiti di sviluppo in relazione alla ridefinizione della coppia ed all'acquisizione del ruolo genitoriale.

L'elaborazione del proprio ruolo genitoriale, come sottolinea Byng Hall (1998) è fortemente influenzata dalla propria storia familiare, oltre che dalle proprie convinzioni culturali e religiose.

Anche per quanto concerne l'equilibrio di coppia è auspicabile la capacità di negoziare uno stile genitoriale complementare e un modello educativo condiviso, pur lasciando spazio a ruoli e atteggiamenti differenti.

Come ricorda Fruggeri (2002), a meno che non si tratti di una famiglia monoparentale, non esistono rapporti esclusivamente diadici nella famiglia: ogni relazione è influenzata dalla presenza, anche se non fisica ma immaginifica, degli altri membri.

Compiti di sviluppo

La gravidanza e la nascita di un figlio, con tutti i cambiamenti che comportano, rappresentano un momento di crisi dell'equilibrio precedentemente raggiunto dalla coppia, una crisi i cui esiti risultano fondamentali per l'evolversi dei successivi legami familiari. Il termine "crisi" (dal greco *krisis*: separazione, scelta) non è da intendersi necessariamente in senso negativo; da un punto di vista psicologico, essa esprime la frattura dell'equilibrio precedentemente acquisito e l'inizio della modificazione degli schemi abituali di comportamento: ciò può provocare una situazione di temporaneo disequilibrio e disorganizzazione, che può creare disagio ed incertezza. Questa descrizione della famiglia fa riferimento al modello del ciclo di vita familiare, secondo il quale ogni famiglia attraverserebbe varie fasi, distinte l'una dall'altra da transizioni, riguardanti cambiamenti discontinui dell'intero sistema familiare. Il ciclo di vita familiare è concepito come un percorso a tappe di natura trigerazionale. All'interno di ogni tappa la famiglia è tenuta ad affrontare i cosiddetti compiti di sviluppo, o eventi critici, cioè quei compiti la cui soluzione permette l'avanzamento verso una tappa successiva (Bastianoni e Fruggeri, 2005). Tutte le famiglie, infatti, nel corso del loro ciclo di vita, s'imbattono in una varietà di accadimenti significativi, che scandiscono il passaggio da una fase all'altra della vicenda familiare. La criticità dell'evento consiste nel fatto che, in sua presenza, le abituali moda-

lità di funzionamento familiare risultano inadeguate ed è necessario che i membri della famiglia mettano in atto delle nuove, talvolta inedite, modalità. È importante che queste ultime risultino il più possibile funzionali alla nuova situazione venutasi a creare, pena il malfunzionamento e la sofferenza dell'organizzazione familiare nella sua totalità. In questo senso, la nascita, costringe i coniugi e tutta la famiglia allargata ad un cambiamento, innescando un periodo di turbolenza e disorganizzazione. L'evento porta in sé enormi potenzialità innovative.

I compiti di sviluppo hanno una valenza emozionale, affettiva ed etica. Sono connessi, infatti, a processi identitari e di definizione dei rapporti, implicano aspetti di cura, di rispetto per l'altro, di responsabilità e lealtà.

La nascita di un bambino da luogo infatti a nuove posizioni, e nuovi ruoli per tutti i membri della famiglia: i coniugi diventano genitori, i genitori anche nonni, i fratelli dei genitori zii. Gli effetti si ripercuotono, non solo sul nuovo nucleo, ma anche sulla famiglia estesa: accettare una nuova generazione significa, inoltre, saper accogliere le modificazioni strutturali che ne conseguono. È necessario regolare le distanze e trovare una collocazione mentale al piccolo, facendogli spazio all'interno del sistema familiare; a livello relazionale si tratta di fare i conti con l'accresciuta complessità.

I mesi che precedono la nascita sembrano essere dominati da un clima positivo nelle relazioni con le famiglie d'origine. Pare esserci un maggior livello di coesione ed espressività, associato ad un elevato grado di accordo e soddisfazione familiare. Il periodo della gravidanza sembrerebbe una sorta di zona franca in cui godere dell'attesa e prepararsi alla fase di ridefinizione dei legami intergenerazionali (Binda, 1997).

Dopo la nascita del bambino, se l'allevamento dei figli include i membri della famiglia allargata, si modificano le relazioni all'interno delle famiglie di origine. Ci si avvia verso una ristrutturazione delle relazioni tra le due generazioni, nella direzione di una parificazione e di un avvicinamento psicologico. La comune esperienza di avere figli consente ai figli adulti e ai genitori di sperimentare nuovi aspetti del legame e di superare la barriera gerarchica intergenerazionale, riconoscendo l'uomo e la donna che stanno dietro ai ruoli del proprio padre e della propria madre. A sua volta il compito della generazione più anziana sarà quello di sostenere i figli a distanza nel loro nuovo ruolo e di partecipare alla vita dei nipoti, assumendosi la nuova identità di nonni, evitando i due estremi dell'invasione o del disinteresse. Gambini (2007) definisce, nella relazione fra neo-genitori e propri genitori, ovvero neo-nonni, alcuni compiti di sviluppo. Il primo è la realizzazione di una maggiore reciprocità. La nascita di un nipote sancisce un maggiore riconoscimento della coppia come famiglia, implicando un ulteriore distacco dalle famiglie d'origine; questo processo spesso consente anche un riavvicinamento emotivo, libero dai conflitti legati al riconoscimento della propria adultità, che spesso domina il rapporto genitori e figli. Al contempo è necessario distinguere i ruoli dei genitori da quelli dei nonni. In questa fase è di vitale importanza per il benessere del sistema saper mantenere i confini generazionali: il ruolo dei nonni è quello di supportare i propri figli nella genitorialità, non di cadere nella tentazione di sostituirsi ad essi con atteggiamenti invadenti. È fondamentale che i nonni vedano i propri figli come genitori a loro volta capaci, per trasmettere loro un senso di adeguatezza. Altrettanto importante è che i figli non percepiscano i propri ge-

nitori come invasivi e concedano loro quegli spazi che gli consentano di svolgere serenamente il ruolo di nonni. Particolarmente delicata è la relazione madre-figlia, poiché in questo periodo si possono riattivare conflitti non risolti e poiché se il rapporto è troppo stretto si rischia di escludere il giovane padre da decisioni importanti in merito alla gestione del bambino.

Un altro impegno dei neo-genitori è sul fronte delle relazioni sociali extrafamiliari, regolando così i contatti della famiglia col mondo esterno e ottenendo supporto dalla rete amicale, ma anche salvaguardando la propria intimità. Inevitabilmente, avviene una ridefinizione dei rapporti di amicizia e di lavoro. La nascita di un figlio comporta necessariamente una momentanea restrizione della propria rete sociale, per la donna l'abbandono dell'attività lavorativa ed entrambi saranno concentrati su quello che accade all'interno del nucleo. D'altra parte il percorso della gravidanza offre numerose occasioni di contatto con nuove figure: le altre coppie in attesa e tutto il personale sanitario che accompagnerà la coppia durante il percorso.

Gli script familiari di Byng-Hall

Partendo dal concetto di attaccamento e di modelli operativi interni descritti da Bowlby che ponevano il focus dell'attenzione sulla diade bambino-caregiver, J. Byng-Hall (1998) estende la riflessione al sistema familiare, individuando come base sicura non più solo la classica figura d'attaccamento primario, ma tutti i componenti della famiglia nella loro complessa trama di interrelazioni, capaci di garantire, ad ogni membro e in qualunque momento un senso di sicurezza sufficiente a produrre crescita e cambiamento. L'autore definisce gli "script familiari" come delle metafore, come sistemi di aspettative condi-

visive rispetto a come i ruoli debbano essere rispettati in contesti differenti. Egli non asserisce che i membri siano necessariamente d'accordo con essi, ma si limita a definirli in base a ciò che in una data famiglia ciascuno si aspetta che accada. L'autore sottolinea il paradosso secondo cui le ripetizioni, su cui si fonda la percezione di sicurezza e protezione, sono la base per l'innovazione ed il cambiamento.

La nascita di un figlio costringe la famiglia o la coppia ad una revisione degli script precedentemente utilizzati, sia attraverso i nuovi pattern che si costituiscono nella cura del neonato in risposta alle sue particolari esigenze, sia attraverso l'influenza transgenerazionale dettata dall'esperienza di aver avuto a sua volta dei genitori ed essere stati figli e di subire in qualche modo delle influenze circa i comportamenti da tenere dalla famiglia estesa, sia infine attraverso i significati che i genitori attribuiscono alla nuova esperienza, dettati dalle proprie fantasie e aspettative circa la relazione fra di loro come genitori e col loro bambino.

Nella rielaborazione della propria infanzia, durante la gravidanza, anche le esperienze traumatiche e spiacevoli possono venir riorganizzate in modo consapevole in nuove narrazioni coerenti. Ciò facilita la modifica delle proprie rappresentazioni delle relazioni e l'emergere di nuovi propositi per degli script correttivi.

La generazione anziana offre gli script per la generazione successiva, che spesso si identifica in essi perpetuando così script ripetitivi. Non bisogna però dimenticare che gli script familiari contemplano sempre ruoli contrapposti, quelli dei due genitori, e che il bambino nel corso dello sviluppo si identificherà ora con uno ora con l'altro, sperimentando la possibilità di plurime posizioni. Nell'espe-

rienza della formazione di una nuova famiglia con il proprio compagno quindi ciascun membro può scegliere di interpretare posizioni differenti rispetto a quelle occupate nella famiglia d'origine. Attraverso questa sperimentazione è possibile rivedere e reinterpretare gli script originari, dando così origine agli script improvvisati o correttivi.

L'essere inseriti in una triade nel ruolo non più di figlio, ma di genitore, rappresenta per la coppia un nuovo contesto di apprendimento in cui sperimentare gli script improvvisati. Si avvia così un processo di transizione, fortemente influenzato dalle proprie storie d'infanzia e dai propri condizionamenti culturali, che dovrebbe condurre la nuova famiglia a svincolarsi da quelle d'origine per impegnarsi in quella attuale, attraverso il confronto con le modalità triadiche adottate dalle generazioni precedenti.

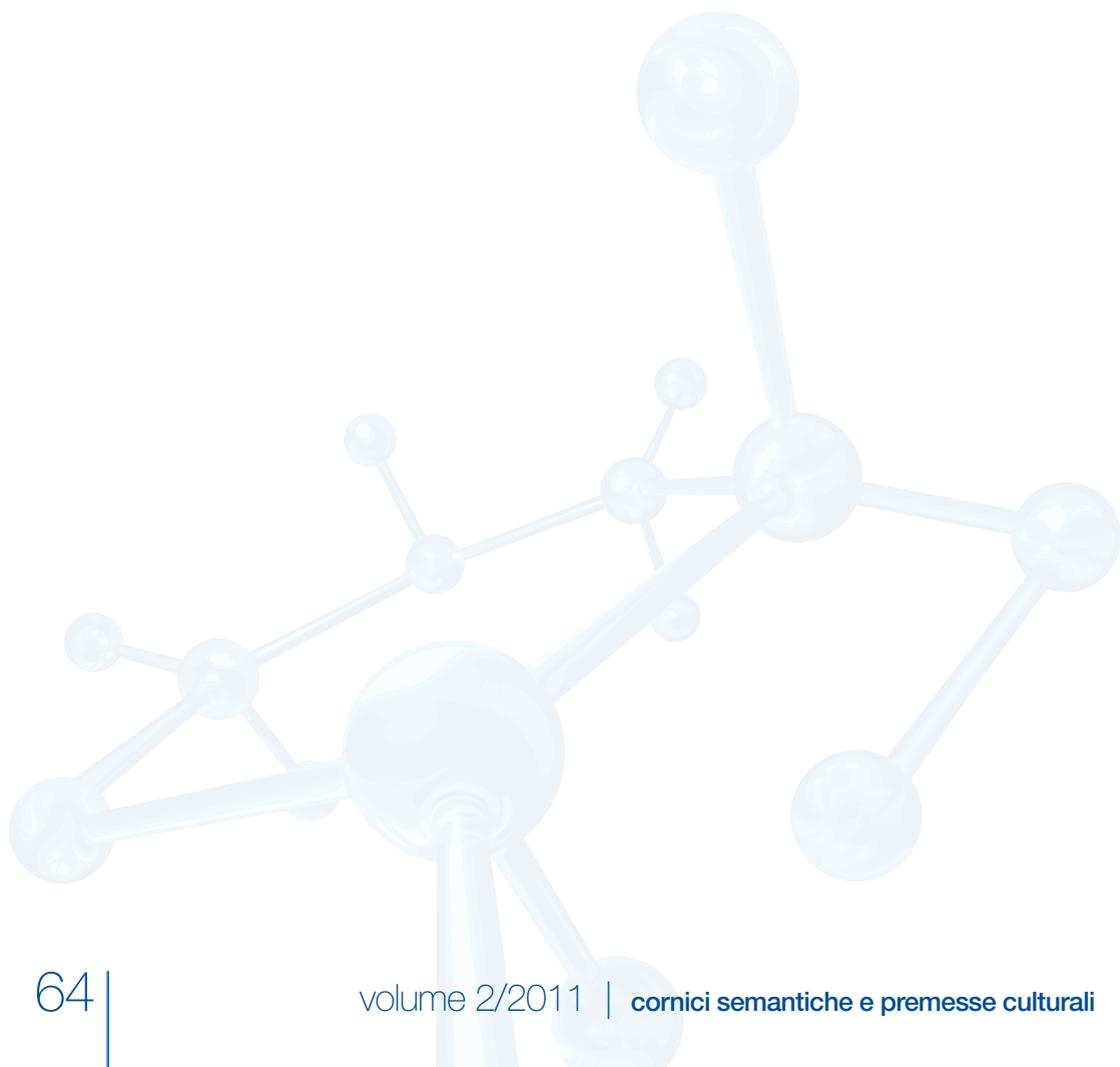
Non bisogna inoltre dimenticare il contributo attivo dei nuovi arrivati nella ridefinizione degli script condivisi: la reazione di un bambino alle azioni dei genitori può essere un potente elemento di cambiamento. Tra genitore e figlio, considerando che il bambino è un elemento attivo sin dalla sua nascita, si instaurerebbe un dialogo reciproco basato sia sulla sincronizzazione dei comportamenti, sia sulla sintonizzazione degli affetti.

Il passaggio da una già definita struttura diadica a una triadica implica un grande cambiamento nel modo di partecipare alle relazioni, che può innescare anche paure e reazioni difensive. È fondamentale in questo processo aver acquisito una sufficiente sicurezza nel rapporto di coppia che elicitino anche scambi diadici intimi, senza innescare sentimenti competitivi o di esclusione, che possono attivare processi di triangolazione oportuna ad assumere una posizione passiva, di ritiro. Essere in tre presuppone la capacità

di partecipare ad una relazione sia nel ruolo di attore che di spettatore, accostandosi ad essa con la consapevolezza che all'interno del nucleo familiare tutti i membri sono sempre inclusi e affettivamente presenti, anche se non attivamente coinvolti negli scambi.

Goldberg ed Eaterbrooks (1984) e Belsky et al. (1989) hanno dimostrato come la qualità del rapporto fra i genitori influenzi notevolmente la sicurezza dell'attaccamento sviluppato dal bambino. In questo senso

è importante anche la rete sociale in cui si colloca il genitore o la coppia genitoriale: nonni, zii, amici e persino vicini di casa che supportino la famiglia hanno un effetto benefico ai fini dello sviluppo di un attaccamento sicuro (Belsky e Vondra, 1990). Una rete familiare e sociale supportiva gioca lo stesso ruolo fondamentale nello sviluppo di script correttivi da parte di madri che hanno avuto esperienze infantili traumatiche (Ricks, 1985).



Bibliografia

- ALLENDE I. (1997) *Paula*, Universale Economica Feltrinelli, Milano, pag 228
- AMMANITI M. (1992) *La gravidanza tra fantasia e realtà*, Il Pensiero Scientifico, Roma.
- AMMANITI M., CANDELORI C., POLA M., TAMBELI R. (1995), *Maternità e gravidanza. Studio delle rappresentazioni materne*. Raffaello Cortina Editore. Milano.
- AMMANITI, M., CIMINO, S., TRENTINI, C. (2007). *Quando le madri non sono felici. La depressione post-partum*. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma
- FRUGGERI L. (2005), *Processi di sviluppo e relazioni familiari*. Edizioni Unicopli. Milano.
- BELSKY J. ET AL. (1989) *The developing family system* in GUNNAR ET AL: Minnesota Symposia of Child Psychology, vol. 22 citato in BYNG HALL (1998) *Le trame della famiglia. Attaccamento sicuro e cambiamento sistemico*, Raffaello Cortina Editore
- BELSKY J. E VONDRA J. (1990) *Lessons from child abuse: the determinants of parenting* citato in BYNG HALL (1998) *Le Trame della famiglia. Attaccamento sicuro e cambiamento sistemico*, Raffaello Cortina Editore
- BINDA W. (a cura di) (1997), *Diventare Famiglia. La nascita del primo figlio*. Franco Angeli. Milano.
- BION, W. (1972). *Apprendere dall'esperienza*. Armando, Roma
- BYDLOWSKI M. (2000), *Il debito di vita. I segreti della filiazione*. Quattroventi. Urbino.
- BYDLOWSKI M. (2004), *Sognare un figlio. L'esperienza interiore della maternità*. Pendragon. Bologna.
- BYNG HALL J. (1998) *Le Trame della famiglia. Attaccamento sicuro e cambiamento sistemico*. Raffaello Cortina Editore. Milano
- BOWLBY, J. (1980). *Attaccamento e perdita. Vol. 3.: La perdita della madre*. Boringhieri, Torino, 1983.
- BOWLBY, J. (1988). *Una base sicura*. Cortina, Milano, 1989
- BOSZORMENYI-NAGY I., SPARK G., (1988). *Lealtà invisibili*. Astrolabio. Roma.
- BRUSTIA RUTTO P. (1996), *Genitori. Una nascita psicologica*. Bollati Boringhieri. Torino. (pg 212)
- CARDINALI, G., GUIDI, G. (1992). *La coppia in crisi di gravidanza. Sulla necessità di ripensare l'intervento istituzionale*. Terapia Familiare, 38.
- CIGOLI V. (1997) *Intrecci familiari. Realtà interiore e scenario relazionale*. Raffaello Cortina editore, Milano
- COMUNE DI PARMA, AUSL PARMA, AZIENDA OSPEDALIERA DI PARMA (2004), *"Percorso Nascita"*, Protocollo di Intesa. Piano di Zona. DELASSUS(1995)
- DELLA VEDOVA, A.M., DABRASSI, F., IMBASCIATI, A. (2008). *Assessing prenatal attachment in an Italian women sample*. Journal of Reproductive and Infant Psychology, 26(2), 86-98.
- DELLA VEDOVA, A.M. (2007). *L'attaccamento prenatale*. In A., IMBASCIATI, F., DABRASSI, L., CENA (a cura di). *Psicologia clinica perinatale. Vademecum per tutti gli addetti alla nascita (genitori inclusi)*. Padova, Piccin.
- DEUTSCH H. (1946) *Psicologia della donna adulta e madre. Studio psicoanalitico. Vol. 2*. Boringhieri, Torino, 1957
- DI VITA A. M., BRUSTIA P., (2008), *Psicologia della genitorialità. Modelli, ricerche, interventi*. Transizioni. Torino.
- DI VITA A. M., GIANNONE F. (a cura di) (2002), *La famiglia che nasce. Rappresentazioni e affetti dei genitori all'arrivo del primo figlio*. Franco Angeli. Milano.
- ERIKSON D. H. (1982). *I cicli della vita. Continuità e mutamenti*. Astrolabio. Roma
- ERIKSON H.E. (1963), *Infanzia e società*, Armando, Roma, 1966
- FONAGY P. (1992), *La genesi dell'attac-*

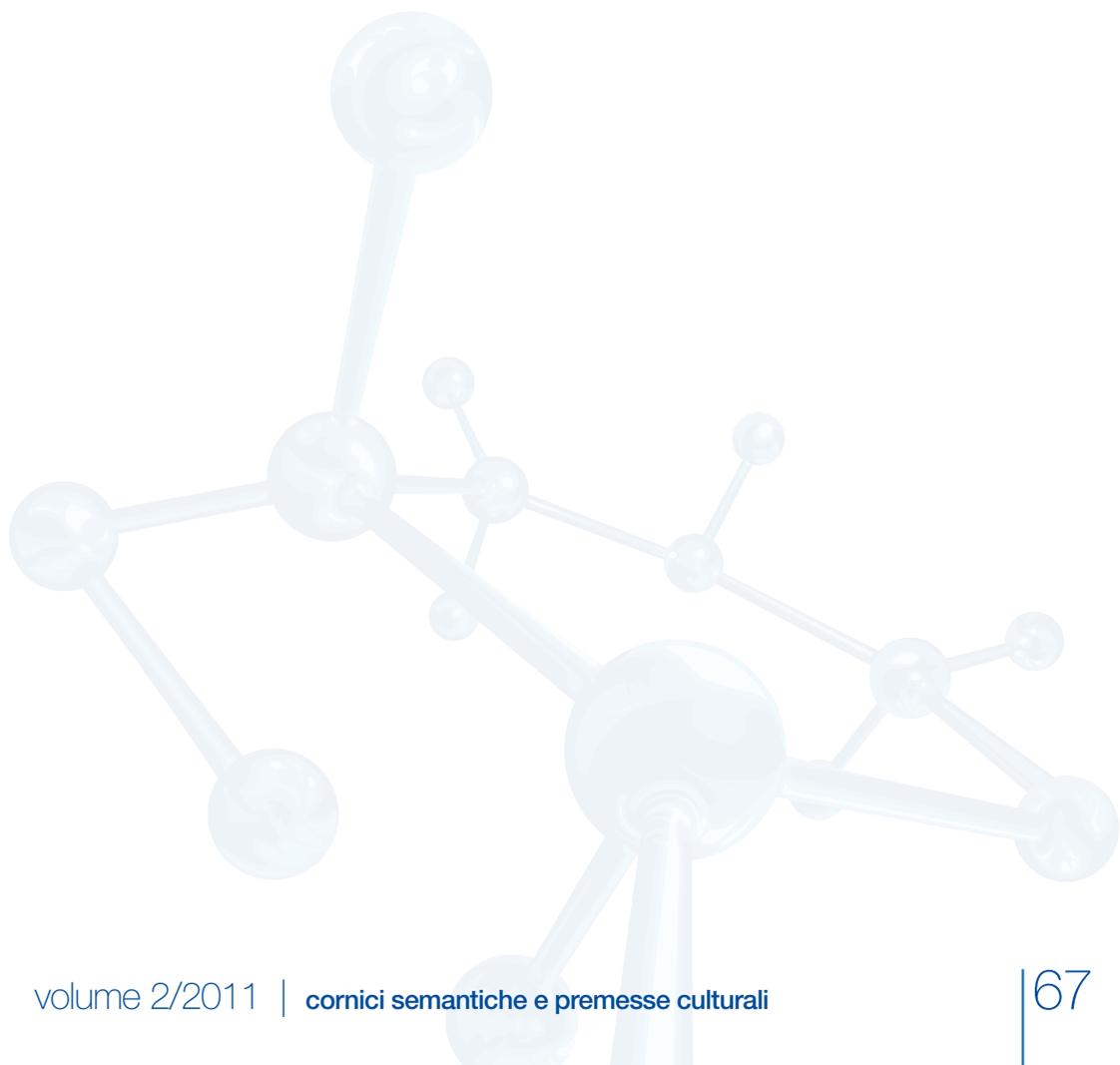
- camento: la relazione della donna al feto durante la gravidanza, in AMMANITI M. (a cura di) (1992), pp. 95-108.
- FONAGY P. ET AL.(1991) *Maternal representation of attachment during pregnancy predict the organization of infant-mother attachment one year of age*, Child Development, 62, pg 891-905
 - FRUGGERI L.(2001) *I concetti di mononuclearità e plurinuclearità nella definizione di famiglia*, Connessioni, 8, pp.11-22.
 - FRUGGERI L. (2002), "Genitorialità e competenza educativa in contesti triadici", in EMILIANI F. (a cura di), *I bambini nella vita quotidiana*. Psicologia sociale della prima infanzia, Carocci, Roma
 - GAMBINI P. (2007), *Psicologia della famiglia. La prospettiva sistemico-relazionale*, Franco Angeli, Milano
 - GOLDBERG W. A. ED EATERBROOKS M. A.(1984) *The role of marital quality in toddlers development*, Developmental Psychology, 20, Pg 504-524
 - GUIDETTI C.(2003) *Maternità e migrazione. Percorsi di donne dell'Africa sub-sahariana*, tesi di laurea, Facoltà di Sociologia, Università degli Studi di Milano Bicocca
 - IMBASCIATI, A. (1998). *Nascita e costruzione della mente*. UTET Libreria, Torino
 - JORDAN J. (1985), *Sistemi natali ed etno-ostetricia: frammenti di una ricerca transculturale*, in A.A.V.V. *Le culture del parto*, Feltrinelli, Milano
 - LEOVICI, S. (1983). *Il bambino, la madre e lo psicoanalista*. Borla, Roma, 1988.
 - LEOVICI S. DIATKINE R. SOULÈ M., *Trattato di Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza*, trad. it., Roma, Borla.
 - MAHLER, M.S., PINE, F., BERGMAN, A. (1975). *La nascita psicologica del bambino*. Boringhieri, Torino, 1978.
 - MAIN M.(1985) *La sicurezza nella prima infanzia, nella seconda infanzia e nell'età adulta, il livello rappresentazionale*, in RIVA CRUGNOLA C. (1993) *Lo sviluppo affettivo del bambino*, Raffaello Cortina Editore, Milano
 - MINUCHIN S., NICHOLS M. P.,LEE W.Y. (2009) *Famiglia: un'avventura da condividere. Valutazione familiare e terapia sistemica*, Bollati Boringhieri, Torino
 - MISSONNIER S. (2005), *La consultazione terapeutica perinatale. Psicologia della genitorialità, della gravidanza e della nascita*. Raffaello Cortina Editore. Milano.
 - PENNISI L., POLA M. (1992), *Storie di gravidanza e processo di differenziazione*, in AMMANITI (1992), pp. 81-94.
 - PIAGET (1962) *Il linguaggio e il pensiero nel fanciullo*. Giunti-Barbèra, Firenze
 - PIAGET (1968) *La nascita dell'intelligenza nel fanciullo*. Giunti-Barbèra, Firenze
 - RAPHAEL-LEFF, J. (1991). *Psychological processes of childbearing*. Chapman e Hall, London.
 - RICKS M. H. (1985) *The social transition of parental behaviour. Attachment across the generation* citato in BYNG HALL (1998) *Le Trame della famiglia. Attaccamento sicuro e cambiamento sistemico*, Raffaello Cortina Editore
 - STERN D. N.(1998) *Le interazioni madre-bambino nello sviluppo e nella clinica*. Raffaello Cortina, Milano
 - STERN D.N.(1985) *Il mondo interpersonale del bambino*, Boringhieri, Torino, 1987
 - STERN D.E., BRUSCHWEILER-STERN N. (1998), *Nascita di una madre. Come l'esperienza della maternità cambia una donna*, tr. it., Mondadori, Milano, 1999.
 - SOULÈ M.(1982) *L'enfant dans la tete, l'enfant imaginaire*. In Brazelton T.B., Kreisler L., Shäppi R., Soulé M. (a cura di). *La dynamique d'unourisson*. ESF, Paris
 - VEGGETTI FINZI S.(1995) *Il bambino della notte. Divenire donna, divenire madre*. Mondadori, Milano
 - VINCENT M. (1985), *La relazione della madre con il feto e la relazione feto-madre*, in DIATKINE R., LEOVICI S., SOULÈ M.

(1985), pp. 611-627.

- WINNICOTT D. W. (1956), *La preoccupazione materna primaria*, in WINNICOTT D. W. (1958), pp. 357-363.
- WINNICOTT D. W. (1958), *Dalla pediatria alla*

psicoanalisi, tr. it., Martinelli, Firenze, 1975.

- WINNICOTT D. W. (1987), *I bambini e le loro madri*, tr. it., Cortina, Milano, 1987.
- WINNICOTT D. W. (1965), *Sviluppo affettivo e ambiente*. Tr. It. Cortina, Milano, 1992.



La Paternità nella società Post-Moderna. Uno sguardo sociale e clinico.

Daniela De Martino e Daniela Ferrari

2° anno - Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Sistemico Integrata

Sommario

La paternità è circondata da una serie di stereotipi e pregiudizi ancora molto vivi nella nostra società. L'idea prevalente è che il sentimento di paternità è uno stato, qualcosa di innato. In questo senso, la paternità è considerata, come un processo in divenire che, come tale, investe la vita dell'uomo nel suo cammino. In questo lavoro vogliamo soprattutto legittimare l'esperienza emotiva che i padri portano in terapia, emozioni che mettono in discussione il terapeuta e le sue premesse. Per accogliere queste emozioni diventa importante pensare alla paternità come una storia che si muove, che si modifica e che assolve un "termine naturale", consentendo ad ogni uomo di essere libero nella sua declinazione di paternità.

Parole chiave:

Paternità, maternità, emozioni, storia, cambiamento, ascolto

Summary

Paternity is surrounded by a collection of stereotypes and prejudices still very much alive in our society. The prevailing idea is that the feeling of paternity is a state, something innate. In this sense, the paternity is seen as becoming, as a process which, as such, invests the life of man in his way. Especially we want to legitimize the emotional experienced that the fathers bear in therapy, emotions that questioning the therapist and his premises. To receive these emotions becomes important to think to paternity as a story that moves, that you edit and who absolves a "natural term", allowing each man to be free in his decline the paternity.

Key words:

Paternity, maternity, emotions, history, change, listen

1. Paternità: storia con movimento

Cosa ci raccontano in terapia i padri sull'essere famiglia?

La sparizione della famiglia tradizionale e il considerare le famiglie come sistemi in divenire, in costante cambiamenti e difficilmente etichettabili (perché esistono molti modi di essere famiglia) (Fruggeri, 1997; 2001; Gaspari, 2001; Neuburger, 2001) sono ormai concetti assodati, almeno per chi si occupa di terapia della famiglia. Certo è che le famiglie non sono mai state tutte uguali, piuttosto ogni diversità tendeva ad essere nascosta "sotto il tappeto".

L'idea tradizionale, che ci portiamo ancora sotto la pelle, di famiglia è una idea ottocentesca, perfezionata dal fascismo e rafforzata da cinema e televisione del boom economico. Nella costruzione di una famiglia molte cose sono sicuramente cambiate, cambiamenti che riguardano anche il periodo della gravidanza, soprattutto rispetto al rapporto uomo-donna e uomo-bambino-donna. Il corso pre-parto è aperto anche ai papà, i quali possono, anzi sono invitati, ad assistere al parto. I papà hanno diritto all'astensione del lavoro al posto delle madri per occuparsi dei nuovi arrivati. I mariti hanno l'onore di partecipare all'organizzazione domestica al pari delle mogli. Questi diritti acquisiti degli uomini non corrispondono a perdite di diritti delle donne, bensì a un loro rafforzamento. La parità è pensabile solo nel momento in cui non si ragiona in termini di sottrazione o addizione, ma di moltiplicazione.

Eppure...

eppure ancora fanno parte di noi tutti quei modi di dire che reificati imprigionano uomini e donne dentro ruoli rigidi e passibili di pubblico giudizio.

Pensiamo alla situazione di una donna in gravidanza. Siamo cresciute con l'idea che

si diventasse più belle, che fosse un momento magico, di gioia assoluta, un momento irripetibile della propria vita, dove il mondo diventa tutto color pastello. Il corpo che cambia è una meraviglia, la pancia che cresce e ti impedisce i movimenti una benedizione. La questione è che è difficile portare un punto di vista diverso, che sia di gioia ma non per forza di meraviglia, perché, nel provarci, scatta in noi quel senso di inadeguatezza e l'atavico senso di colpa. "Se penso diversamente non sono una buona madre, non amo abbastanza mio figlio". "Devo essere felice anche delle nausee mattutine se sono una madre amorevole"¹. Questo scarto tra ciò che culturalmente ci si aspetta da una donna incinta e le reali emozioni che una donna può vivere porta inevitabilmente o a negarle o a non riconoscerle, e nei casi più gravi potrebbe poi sfociare in una depressione post partum². La gravidanza e l'acquisizione dello status di maternità e paternità sono due delle situazioni in cui, più di altre, sono vive e resistenti tutte una serie di convinzioni che determinano l'immagine che abbiamo di madre e padre, immagine alla quale dobbiamo in qualche modo omologarci. Il padre infatti in questo "dover essere" non se la passa meglio. Certezza per tutti è che i padri non possono sentirsi tali se non dopo la nascita perché non hanno l'espe-

¹ Come ci ricorda Cavallera (2005) il pedagogista Lambruschini nel suo scritto del 1838 "I piaceri delle madri" individua bene non solo il ruolo secondario dei padri ma anche il ruolo sacrificale che la madre è, per sua natura, portata ad assumere: "Di ciò le madri s'hanno a persuadere fortemente; e quando dicono a se medesime e agli altri: io voglio educare; sappiamo ch'egli è come se dicessero: io voglio sacrificarmi".

² "Guedeney (1993) parla di paradosso della madre depressa, in quanto è essa stessa la prima a pensare di non averne diritto. La reticenza ad ammettere che si possa essere una madre e sentirsi triste è condivisa da molti professionisti che si occupano della gestazione e della prima infanzia oltre che dall'ambiente familiare materno." (Rigetti, Casadei, 2005 pag 133).

rienza della “pancia”, i padri nei primi tempi hanno un ruolo di supporto alla madre ma certo, non allattando, non hanno un contatto diretto con il piccolo: devono inventarsi un modo di fare il padre perché la donna è programmata naturalmente per sentirsi ed essere madre. Questo ultimo aspetto è sostenuto anche da alcuni importanti autori che hanno fatto studi in merito, come Margaret Mead che, ad esempio, (1967, In Ventimiglia, 1996) afferma che la paternità umana è una invenzione della società, oppure Ventimiglia scrive che “la coscienza della paternità non sia naturalmente data ma acquisita e, una volta tale, neppure per sempre acquisita” (1996, pag. 91). Lo spunto differente che qui si vuole portare, facendo riferimento al baccino culturale europeo, è che forse i papà non si sentono papà se non dopo il parto anche perché è stato “insegnato” loro così, è una di quelle certezze, anche per le donne, che non si sa quando la si è appresa, ma c’è e ci dà un indirizzo di comportamento. Allo stesso modo non tutte le madri si sentono madri, né in eguale intensità né in uguale modalità. Quanto siamo liberi di poter esprimere una maternità e una paternità diversa da quella che ci si aspetta da noi? Perché se pensiamo che qualcosa si possa imparare è implicita l’idea che la si possa imparare o bene o male, quindi, in concreto, possono esserci papà “giusti” o papà “sbagliati”. Così come a metà degli anni novanta si è andato cercando un nuovo linguaggio che potesse in qualche modo frantumare l’idea tradizionale di famiglia nucleare che tanto imprigionava uomini e donne in legami giusti o sbagliati, così forse bisognerebbe cominciare a pensare non più a modelli di paternità, quindi a papà in quanto tali perché agiscono da padri, ma a come si declina emotivamente l’evento della paternità –cosa che vale anche per la

donna. L’idea è uscire dalle maglie sempre strette del buono e cattivo padre perché “fa o non fa questo”, ma, sospendendo il giudizio, dare spazio alla libera espressione genitoriale: la paternità non è un esercizio di stile ma un’esperienza (piuttosto lunga e complessa) emotiva. Soprattutto per quanto riguarda la psicoterapia crediamo che questo modo di leggere possa aiutare ad accogliere anche chi in un qualche modo stona con il nostro bagaglio di premesse, perché non possiamo non ricordarci che tutte queste certezze indiscutibili, quantomeno per la nostra cultura di appartenenza, vengono portate anche in terapia; diventa quindi necessario essere non solo coscienti della loro esistenza ma anche consapevoli³, così come consapevole deve essere il terapeuta che inevitabilmente porta con sé proprio le stesse convinzioni o almeno parte di esse. Come ci ricorda Cecchin (1997) non si può prevedere quale effetto avrà il comportamento del terapeuta sulla famiglia, proprio perché quella parte di influenza (poca per dire la verità) che il terapeuta esercita è “per

³ “ Mindfulness è la consapevolezza, una condizione di chiarezza, presenza piena e contatto diretto con l’esperienza, cioè con cosa accade nel qui e ora, nel corpo e nella mente, in relazione a sé e in relazione all’altro da sé. Questa consapevolezza ha un potere di trasformazione, che opera attraverso i processi dell’accettazione e della disidentificazione, realizzando un cambiamento che emerge in modo naturale dal lasciar essere e dalla profonda comprensione della realtà così come essa è.

L’approccio Mindfulness inizia quando cominciamo ad addestrarci a sviluppare un “orecchio” più sensibile e riusciamo a cogliere nel corpo e nella mente le energie e a sentire come queste influenzano il nostro universo psicofisico (...).

Il punto più importante, rispetto a quanto evidenziato, è innanzi tutto acquisire, tramite l’addestramento mentale, la consapevolezza della potenza di ogni piccola energia psicofisica generata, la capacità di riconoscerla e per ultimo l’abilità di sapere utilizzare il migliore percorso per trasformarla a nostro vantaggio, dove il nostro vantaggio è la felicità e la pace interiore.” (Mindfulness Counseling, Pomaia, 2006- Elsa Bianco, IDIPSI, 6 novembre 2010).

buona parte connessa ai pregiudizi impliciti degli interlocutori” (Cecchin, 1997, pag.26), quindi ai suoi pregiudizi in connessione con quelli degli altri partecipanti alla terapia. Da terapeuti, e prima ancora da persone, è difficile riconoscere di avere un pregiudizio, in quanto spesso diamo corpo alla nostra idea con fatti “concreti” e quindi insindacabili. Non è che “noi la pensiamo così” ma “è così nei fatti”. Riconoscere di avere un pregiudizio è nella società attuale molto impopolare, perché associato a poca apertura mentale, autoritarismo, razzismo e quant’altro, oltre al fatto che, nelle relazioni fondamentali nella vita di una persona, “*sarebbe molto pericoloso non mantenere implicite le proprie convinzioni profonde e farne piuttosto oggetto di discussione*” (Cecchin, 1997, pag.28). Questa stessa pericolosità, che spesso permette al disagio di perpetuarsi, richiederebbe al terapeuta di indagare ed esprimere i propri pregiudizi, proprio perché, al contrario, il loro disvelamento potrebbe portare a “*evoluzioni positive*” (Cecchin, 1997, pag.28) impreviste. Dal momento che il pregiudizio si manifesta a prescindere dalla sua esplicitazione verbale, è il pregiudizio che guida il nostro comportamento, il nostro non verbale, il nostro stile di vita: per questo non riconoscerli, sia a se stessi sia agli altri può portare a un rovinoso effetto boomerang, perché verrebbe a mostrarsi uno scollamento tra quello che uno dice e quello che uno fa, rendendo poco credibile il terapeuta.

Le varie AUSL⁴, che hanno impostato il lavoro in consultorio secondo principii meno assistenzialistici e più di sostegno, stanno

⁴ Si veda: legge POMI D.M. del 24/4/2000, Gazzetta Ufficiale n. 131 del 7 giugno 2000 e le leggi regionali dell’Emilia Romagna sui consultori, tra cui Deliberazione di Giunta Regionale n. 533 del 21 aprile 2008: Direttiva alle Aziende Sanitarie in merito al programma percorso nascita

compiendo un ulteriore passo avanti nel cercare di unire in modo emotivo madri e padri nel loro formarsi come genitori. Ciò che si va costruendo è una nuova figura di padre, non più il padre anni ’50, quello direttivo, delle regole, né il padre mammo che, in contrapposizione al precedente, ha cercato di emergere negli ultimi 30 anni. Un nuovo padre quindi, supportivo rispetto alla compagna (Baldoni, 2005)⁵ e co-detentore della responsabilità educativa e non più solo responsabile della soddisfazione dei bisogni primari (lavoro per farti mangiare). Un nuovo padre per una famiglia che non si riconosce più in quella cosiddetta nucleare che affonda le sue origini nel Cinquecento, quella cioè che si rivolge all’interno, verso sé stessa, alla propria intimità e autonomia (non più all’esterno, alla società -famiglia aperta-, come accadeva nell’antichità e nel medioevo) e che afferma con molto vigore la divisione dei ruoli, dove la madre ha il compito di una educazione “diretta” mentre al padre spetta una educazione “indiretta” (Cavallera, 2005).

L’aspetto del supporto alla compagna (Baldoni, 2005), supporto fisico e emotivo, è di primaria importanza perché non esiste più quella rete in grado di sostenere la neomamma. Non si parla solo della famiglia allargata, dei nonni e dei fratelli, ma anche di quella rete sociale di donne alla quale fino a qualche decennio fa la mamma poteva fare affidamento. Allo stesso tempo c’è il discor-

⁵ Uno studio condotto da Baldoni e co. (2001) condotto su 44 coppie in collaborazione con la clinica Ostetrico Ginecologica del Policlinico S. Orsola di Bologna ha dimostrato che il supporto emotivo nel periodo della gravidanza e nei mesi successivi al parto da parte del padre verso la madre riduce il rischio di insorgenza di depressione post-partum. Non solo, infatti dallo studio emerge anche che donne affette da tale disturbo hanno compagni che già in gravidanza hanno manifestato difficoltà emotive (Baldoni, 2005).

so della responsabilità sul piano educativo. Se infatti dobbiamo trovare un nuovo modo per l'espressione della paternità così dobbiamo trovarla per la maternità, liberandola il più possibile proprio dalle stesse responsabilità di cui è caricata. La mamma perfetta che non delega in quanto una buona mamma è ormai un modello che ha fatto il suo tempo, ma sempre per via di quella base di convinzione che appartengono alla nostra cultura, è veramente dura da mettere definitivamente nel cassetto. Infatti diventa difficile pensare di avere un padre che si prende spazio per esercitare la propria paternità se la mamma non gli delega parte della responsabilità di essere genitore nei primi momenti di vita. Un aspetto importante che emerge infatti è che il ruolo paterno, soprattutto in relazione ai servizi scolastici, cresce con il crescere dell'età del figlio (Ventimiglia, 1996), come se il primo momento di vita, in quanto più legato al non verbale, in quanto percepito come più emotivo e irrazionale, fosse di comprensione, e quindi di appartenenza, esclusivamente materna. Del resto anche buona parte degli studi psicologi sono andati per tanti anni verso un'analisi specifica del rapporto madre-bambino, trascurando così non solo il padre e altre figure di riferimento ma anche l'interazione tra coetanei.

Possiamo forse dire che il modello che all'inizio della genitorialità si imposta in famiglia è poi difficile da modificare perché si assume un ruolo e si diventa poi bravi ad assolverlo; è frequente allora trovarsi di fronte a famiglie che rigidamente propongono questa divisione dei ruoli legata principalmente al genere: la mamma emozionale e il papà lavoratore (Ventimiglia, 1996).

La mamma allora diventa un filtro dell'emotività tra padre e figlio, filtro dalle maglie strette perché il mandato sociale che la mam-

ma deve svolgere è quello dell'accudimento che poi è la traduzione di quel famoso detto *mater semper certa, pater numquam*⁶ (Zoja, 2000).

Anche il duro lavoro delle ostetriche corre qualche rischio. Quello che abbiamo intravisto è legato proprio alla volontà di allontanarsi da un modello medico a favore di uno più naturale⁷. Di fatto una parte dell'ostetrica propone alle donne di riappropriarsi del proprio corpo nel momento della gravidanza e del parto, così come propongono di trovare una dimensione meno culturale dei ruoli genitoriali. Nel fare questo però il rischio è di proporre un modello giusto contro uno sbagliato, un modello che andrebbe a far riaffiorare quella naturalità che ha ceduto il posto all'artefatto culturale: allattamento al seno vs biberon, parto naturale vs cesareo, prendere in braccio a richiesta vs lasciare in culla ecc. Questo è un po' il problema di tutte quelle situazioni in cui si chiama in causa la natura, parola con la quale ci si riferisce ad una verità insindacabile, un dato di fatto davanti al quale il "potere" dell'uomo deve chinare la testa. Nel nostro modo di pensare, invece, con la parola natura ci riferiamo a un concetto reificato e pregiudizievole che si contrappone a cultura (ugualmente reificata e pregiudizievole): due concetti quindi che esistono solo in relazione all'altro polo del binomio, e che portano pertanto a una visione manichea della vita.

Senza entrare nel merito di competenze ostetriche che non ci appartengono, l'esigenza che abbiamo percepito è stata quella di focalizzarsi più che sul naturale sul per-

⁶ "La madre è sempre certa, il padre mai". Questo proverbio racchiude l'idea, tra le altre, che, dal momento che la madre sa chi sono i suoi piccoli, sia lei a doversi occupare del piccolo.

⁷ Come sostenuto anche dall'Organizzazione mondiale della Sanità (Corriere della Sera, 12 gennaio 2010).

sonale, ovvero sottolineare maggiormente come ciò che fa la differenza, almeno da un punto di vista psicologico, è la libertà di poter essere e non la libertà del dover essere. Detto tutto questo non possiamo però dimenticare che l'evento nascita è un momento che, in un'ottica di sviluppo stadiale possiamo considerare critico sia per il sistema individuo sia per il sistema famiglia. Scabini (1992), nel suo modello, identifica la nascita come il secondo momento critico nella formazione della famiglia:

diana “delle piccole cose” di una famiglia. Per questo possiamo forse pensare che la paternità sia un percorso che inizia più lontano, sia dal parto che dal concepimento; potrebbe iniziare quando piano piano nella coppia si comincia a pensare ad allargare la famiglia, o ancora quando si vedono i propri amici diventare padri, o ancora quando, vedendo dei bambini ci si immagina anche per un attimo con un neonato al seguito, oppure nell'esperienza vissuta da ognuno di noi dell'essere figlio. Allo stesso tempo la pater-

Famiglia con bambini	Nascita figli	Apertura confini coppia e ridefinizioni di precisi confini familiari per fare posto al figlio Superamento barriera gerarchica generazionale	Accettazione della terza generazione Assunzione dei ruoli parentali Accomodamento della relazione di coppia con l'inclusione degli aspetti genitoriali Ristrutturazione delle relazioni con la famiglia d'origine attraverso il comune ruolo di genitori Conoscere le persone dietro i ruoli
----------------------	---------------	--	--

Fonte: Scabini, 1992

Se invece pensiamo alla formazione della famiglia non come un evento a step ma come un processo continuo e costante, costellato da microtransizioni⁸ (Breunlin, 1988), pensiamo al cambiamento come una conseguenza di mutate richieste ambientali o individuali, tali da richiedere un riassetto delle routine comportamentali, relazionali e affettive che regolano i rapporti tra i membri. Quindi il cambiamento non si verifica solo davanti a eventi critici ma nella vita quoti-

rità è legata a una costante ridefinizione di sé, che non si esaurisce nell'evento parto ma che costantemente si modula, e ne è modulato, all'interno della famiglia e dell'ambiente di appartenenza. Il sentirsi padre quindi viene a incontrarsi con molti aspetti della vita di un individuo, aspetti non solo legati ad esperienze fisiche ma anche spirituali. In un mondo così lontano dalla fede ma così bisognoso di una religione, non si può non considerare in questo processo il ruolo della tradizione cristiana. Oltre al Padre Celeste che tutto vede e tutto può, c'è un altro padre più terreno che le Sacre Scritture ci mostrano: San Giuseppe. L'aspetto interessante che connette i padri di oggi a questa figura è che nel Vangelo, pur avendo un ruolo importantissimo, di lui si parla poco, ha un ruolo

⁸ Una microtransizione può essere definita come un insieme di cambiamenti continui. Durante una microtransizione la famiglia si trova ad oscillare tra vecchie modalità e nuove modalità interattive. Quando la famiglia passa una fase di cambiamento, modifica le proprie sequenze interattive oscillando così, prima di stabilizzarsi, tra vecchi e nuovi livelli di competenza comportamentale. (Breunlin, 1988)

tutto sommato marginale nello svolgimento dei fatti. Inoltre è un padre che non sceglie la paternità ma la subisce. Emerge un padre che ha un ruolo laterale rispetto alla madre, che vive l'evento nascita come accompagnatore e non come esecutore, colui che deve permettere al nucleo madre-bambino di sopravvivere, nucleo reale della famiglia. Pur essendoci due padri nella tradizione cristiana nessuno dei due mina l'unione madre-figlio, perché il padre ha compiti "altri" verso il bambino, o compiti pratici, quindi garantirgli di che vivere, o compiti genealogici, ovvero dirgli da dove proviene. Curioso è infatti -tornando all'oggi- che mentre la paternità quotidiana è, se non rifiutata, delegata alla madre, la paternità genealogica è rivendicata con forza. Il cognome è infatti quello del padre, ciò che si trasmette è per linea paterna. Questo è ben presente nell'altro personaggio chiave rispetto la tradizione dalla quale proveniamo, personaggio che ritroviamo questa volta nella Grecia di Omero: Ettore. Ettore, a differenza di San Giuseppe, sceglie di essere padre e sceglie di non abbandonare il campo di battaglia, anche se questo lo condurrà alla morte, perché solo così il suo nome, quello della sua famiglia e quello di suo figlio potranno non macchiarsi di vergogna. Nella società di vergogna⁹ questo è il regalo più importante che un padre può fare al proprio figlio, assicurargli un "cognome" rispettabile. Fatte queste riflessioni probabilmente non abbiamo una risposta alla domanda iniziale, e questo ci rassicura perché, non solo è un argomento, per così dire, giovane, ma anche perché non può esserci una sola risposta che racconti l'universale senso di paternità. La paternità è una storia e noi, come terapeuti dobbiamo metterci curiosamente¹⁰ in ascolto, tenendo a

mente anche la nostra storia, che come l'altra ha un percorso lontano nel tempo e nello spazio. Soprattutto è una storia in evoluzione, sia da un punto di vista individuale che sociale, e quindi forse la domanda dovrebbe rivolgersi al futuro: cosa ci racconteranno i padri in terapia dell'essere famiglia? Questo sguardo al futuro è importante anche perché le varie declinazioni di famiglie che vanno a comporsi pongono nuove sfide al concetto di paternità, sfide che sarà necessario affrontare: da qui la necessità di trovare un linguaggio più centrato sui cambiamenti che sulla struttura di un momento così importante per la storia familiare. Pensiamo ad esempio alle coppie omosessuali, alle famiglie mono-genitoriali, alle famiglie ricomposte: questi tipi di famiglie mettono in forte discussione il concetto di paternità che abbiamo cercato di srotolare. Vedere il moto ondoso della famiglia e del terapeuta insieme a loro dà la possibilità alla terapia di essere una storia-con-movimento, ovvero una storia che viene dall'intrecciarsi dei passati, che inciampa nei presenti scivolosi e guarda i futuri possibili.



⁹ Dodd, E.R., (1979), *I greci e l'irrazionale*, Firenze, La Nuova Italia

¹⁰ Si veda il concetto di curiosità di Cecchin (1988).

La parte di famiglia Menozzi che si presenta al colloquio è composta dal padre Luca, dalla mamma Emilia e dal piccolo Gabriele di pochi mesi. L'arrivo al Centro famiglie è l'ultima tappa di un iter tra i servizi iniziata con la nascita del piccolo, in quanto Luca sostiene che questa nascita abbia comportato per lui una crisi personale e di coppia dalla quale vorrebbe uscire ma non sa come fare. I due si sono conosciuti alcuni anni prima, mentre stavano chiudendo con i loro precedenti partner. Luca chiudeva una convivenza di 5 anni, mentre Emilia si stava separando dal marito. Da quel matrimonio erano nati 2 figli, al momento del loro incontro preadolescenti, Francesco e Mario. Luca si descrive come un "topo di città", ovvero un ragazzo legato a delle abitudini cittadine, quali il bar, il calcetto, le uscite con gli amici. Soprattutto questi ultimi sembrano per Luca importantissimi, un aspetto che lo differenzia da Emilia la quale ha pochi amici e tende a vivere principalmente le relazioni con la sua famiglia di origine. La famiglia di origine per Luca invece è sì importante ma marginale rispetto alle relazioni sociali che hanno da sempre segnato i suoi ritmi di vita. Quando si sono incontrati è scoppiata la scintilla ma siccome Emilia non aveva ancora ufficializzato il divorzio non se la sentiva di avere una relazione né pubblica né completa con Luca, il quale dice di aver capito e anzi di averla sostenuta in questo. Luca però per circa cinque anni ha avuto anche relazioni con altre donne. Queste storie sono state fonte di dolore e di sfiducia per Emilia, la quale ad un certo punto decide di interrompere il rapporto. Davanti a questo passo indietro Luca teme di perdere qualcuno di veramente importante per la sua vita, così decide, dopo un burrascoso viaggio all'estero con la donna, di ufficializzare il rapporto. Vanno così a

vivere insieme. Luca lamenta molte difficoltà impreviste in questa convivenza, perché non solo bisogna fare i conti con la gelosia di Emilia, ma anche con l'ostilità mostrata soprattutto dal figlio più grande, il quale vede Luca come un estraneo. Oltre ai problemi in casa, ci sono anche i problemi della famiglia di lei che, a dire di Luca, sono motivi di altre tensioni, tensioni che Luca, essendo abituato a una vita facile e spensierata, non riesce più a sopportare. Il tutto si è ulteriormente incrinato con la nascita del piccolo Gabriele. Luca infatti dice di sentirsi in gabbia, di non sapere più se è il bambino il problema o l'insieme della situazione che lo rendono così distante e pieno di malessere. Emilia si sente delusa da quest' uomo che credeva diverso dal suo ex marito e che invece per lei alla fine è identico, ovvero disinteressato alla famiglia.

Oggetto della loro richiesta di aiuto sembra quella di: "aiutatemi/aiutatelo a sentirmi il padre". Il bambino infatti, da quello che si capisce dalle sedute successive, sembra essere l'espressione di un desiderio di lei di farlo padre, un collante per la loro storia, un segno di Dio per tenerli uniti. Infatti la donna rimane incinta poco dopo una grossa crisi tra i due che aveva portato Emilia a pensare di chiudere definitivamente la relazione. Tra Emilia e Luca infatti i rapporti non sono mai stati facili, anzi. La loro relazione è segnata da continui conflitti legati sia alla gelosia di lei sia alle tensioni portate dai due figli adolescenti di Emilia. Luca dice che per lui diventare padre non era necessario proprio perché non c'erano le condizioni per poter avere un figlio, non c'era un clima sereno. Eppure questo figlio è arrivato; Emilia pensava che vedere il bambino, che tenerlo tra le braccia avrebbe fatto scattare "qualcosa" in Luca, quel qualcosa che lo rendesse responsabile tanto da ap-

pianare ogni difficoltà. Invece qualcosa è scattato ma non certo quello che desiderava la donna. Luca infatti appare distante, si occupa poco del bambino e soprattutto ha aperto una crisi che li ha “addirittura” portati in terapia. Nelle riflessioni dei post seduta è emersa un po’ la metafora della sacra famiglia. Emilia, che definisce Gabriele un dono di Dio, ha attribuito al bambino un ruolo salvifico per la coppia, ruolo che, per lei inspiegabilmente, Luca non sembra riconoscere. Lei ha portato avanti una gravidanza perché questa potesse unirli indissolubilmente. Di fatto, sostenendo questa visione delle cose, Emilia mette Luca in una situazione, che potremmo definire di doppio vincolo (Bateson, 1976), perché per lui diventa difficile sentirsi libero di poter scegliere con un dono di Dio tra le mani. Il ruolo di Luca ricorda un po’ quello di San Giuseppe (*mutatis mutandis*), cioè di un padre che non sceglie di esserlo ma che deve sceglierlo se diventarlo o no. Su questo caso è stata svolta una supervisione con le allieve della scuola di specializzazione IDIPSI di Parma, partendo proprio da una seduta svolta al Centro Famiglie. I due terapeuti infatti hanno provato a dare voce al piccolo Gabriele facendo entrare una specializzanda che ha “interpretato” il bambino. Certamente vista la tenera età del piccolo la scelta può sembrare azzardata, ma, ammettendo che lo sia, è motivata da una ipotesi terapeutica, ossia il bambino nella coppia può essere considerato come il “termometro emotivo”, cioè colui che ascolta e risponde alle emozioni che i genitori manifestano attraverso il loro non verbale. Così, nell’ascolto delle emozioni della coppia, il bambino segna i tempi, punteggia la relazione dei genitori. L’invito per i genitori, quindi, che si manifesta nell’azione proposta dai terapeuti, è quella di mettersi a loro

volta in ascolto del piccolo, ascolto che potrebbe permettere di rileggere il corso della loro esperienza insieme. Lo svolgimento della supervisione ha visto il ricrearsi della seduta avvenuta al Centro, quindi sono stati interpretati i due psicoterapeuti, i due genitori e il piccolo Gabriele. Quest’ultimo aveva il compito di percepire, più che le parole, il tono della voce dei due genitori, e, rispetto al tono, battere le mani nel caso di una sensazione piacevole o muovere la sedia nel caso di una sensazione spiacevole. Nonostante per un adulto fosse difficoltoso compiere un tale compito, sono riuscite a emergere diverse considerazioni interessanti. Prima fra tutte la difficoltà della famiglia di comunicare a tre. La modalità di comunicazione è spesso duale: madre-padre, madre-figlio, figlio-padre. Il piccolo è motivo di scontro e motivo di unione della coppia: si discute per lui, e discutendo si rimane insieme. Allo stesso tempo le emozioni che hanno provato le due attrici che interpretavano i genitori sono state emozioni “propositive” e non “distruttive”. Entrambe infatti hanno sentito, sì la necessità di rivendicare le proprie posizioni, ma anche la voglia di risolvere insieme la situazione; chi interpretava Luca inoltre ha sperimentato una forte volontà non solo di rivendicare i propri spazi, ma anche quelli della coppia senza Gabriele, come se nel padre fosse chiara la necessità di rimanere coppia pur essendo genitori. Questo spazio infatti sembra non più contemplato in Emilia, o meglio, sembra che per lei la coppia si realizzi solo nella condivisione della genitorialità. Sposando questa ipotesi, Luca, che era il portatore del problema, diventa risorsa per l’unione e la stabilità della coppia. All’inizio del percorso il detentore della resilienza della famiglia sembra essere Emilia, eppure forse questo padre che sembra voler “scappare”

fossero d'accordo. I rapporti tra Salvatore e Riccardo però non consentono lo svolgersi del lavoro comune in una condizione di tranquillità. Così, dopo la morte della madre avvenuta 4 mesi dopo, Salvatore decide di comprare un negozio di ortofrutta in città. Questo avviene nel settembre 2008, quello che Amelia chiama il "settembre nero", periodo in cui è comparso il primo attacco di panico. Il negozio non produce profitto ma Salvatore non perde la tenacia e decide di chiuderlo in città e aprirlo in provincia.

Salvatore riporta in colloquio la situazione di Amelia come paradossale: *"ora che le cose si stanno piano piano sistemando e si potrebbe iniziare a stare tranquilli Amelia si è ammalata"*.

Amelia percepisce sempre un clima di gran tensione in casa e si lamenta di non essere ascoltata e compresa da entrambi i genitori, in particolar modo dal padre. Anche Mirella è a disagio sente di ricoprire il ruolo di mediatrice tra i due; inoltre spesso viene triangolata nei loro conflitti ed è costretta a schierarsi a volte con uno e a volte con l'altra. Amelia soffre per questi continui conflitti con il padre che sente distante. Ricorda di quando era piccola e trascorrevano tanto tempo con Salvatore, di come erano felici e di come il loro rapporto invece sia cambiato quando lei ha iniziato a crescere.

Salvatore fa coincidere l'inizio del malessere personale e della difficoltà nel rapporto con la figlia in concomitanza dell'apertura del suo negozio di ortofrutta in città: *"Scommessa persa!"* Salvatore: *"...poi crescendo lei è diventata adolescente, io cercavo di giocare quella carta per offrire loro il meglio che potevo"*.

Come viene sottolineato da Andolfi (2009) i padri che perdono il lavoro spesso si sentono falliti agli occhi dei figli perchè non aderisco-

no all'immagine del padre tradizionale, ossia di colui che mantiene la famiglia.

Salvatore si sente amareggiato, desolato, dispiaciuto, non riesce a capire come mai, nonostante il suo impegno nel lavoro, non riesce a vivere una situazione lavorativa che *"gli permetta di avere i mezzi giusti e necessari per poter avere qualcosa da offrire a sua figlia e a sua moglie, come qualsiasi padre di famiglia desidera"*.

Salvatore invece sembra "mantenerla" la famiglia sovraccaricandosi di tutte le preoccupazioni familiari. Non vuole condividere le sue preoccupazioni economiche con Mirella ma soprattutto con Amelia. Agli occhi di Salvatore Amelia è piccola e lui vorrebbe proteggerla dalla sofferenza. Salvatore è il padre e si sente unico responsabile delle sorti della famiglia ma impotente di fronte al panico della figlia. Se avesse la bacchetta magica farebbe sparire Mirella e Amelia per un pò di tempo, affinché lui possa mettere a posto la situazione e farle riapparire al suo fianco a cose fatte. Questo è il sentimento di frustrazione che accompagna Salvatore ogni giorno.

Durante i colloqui si è ritenuto opportuno far riflettere la famiglia riguardo al tipo di comunicazione che viene utilizzata al suo interno, infatti nei primi colloqui tutti i membri della famiglia partecipano attivamente e spesso parlano uno sull'altro. Si è sottolineato l'importanza della legittimità del sentire di ognuno di loro. Nella comunicazione tra padre e figlia Salvatore si pone sempre in un atteggiamento difensivo mentre Mirella si trova, in mezzo ai due fuochi, ad avere una duplice funzione difensiva nei confronti di Amelia e di Salvatore, affinché quest'ultimo non si senta un padre squalificato dalla figlia. Sono state effettuate delle simulate per sperimentare nuovi modi di comunicare tra padre e figlia

diversi rispetto a quelli utilizzati abitualmente che sono risultati disfunzionali. I terapeuti quindi prescrivono ad Amelia e Salvatore di ritagliarsi uno spazio settimanale di almeno un paio di ore per provare a condividere le proprie esperienze, sperimentandosi in uno stile di comunicazione alternativo come quello emerso nella simulazione durante i colloqui.

“Ogni persona dà senso alla propria esperienza e agisce nelle relazioni con gli altri a partire da un insieme di premesse e credenze personali che derivano dalla sua specifica posizione nella situazione interattiva, dalle esperienze vissute precedentemente all’interazione data o a quelle che vive nei propri rapporti con gli altri”. (Fruggeri 1997)

3. Premesse del terapeuta: intervista a Antonio Restori, psicoterapeuta, Direttore Didattico Idipsi

Come si interconnettono le premesse del terapeuta nelle situazioni dove ci sono altri padri?

Credo sia importante tenere ben presente come ci stiamo costruendo il nostro ruolo. Un terapeuta che è padre si deve certamente riconnettere con tutta la sua esperienza di relazione con la propria storia familiare, quindi come è cresciuto all’interno del proprio contesto familiare e che relazioni ha vissuto con il proprio padre. Perché in parte il modello di padre che io interpreto è un modello che ovviamente emerge da quel tipo di esperienza. Oltre a questo c’è poi tutto il modello culturale sulla paternità e più in generale sulla genitorialità che condiziona in nostro modo di agire, il nostro modo di stare nella relazione e di costruire nuove storie con

padri che incontriamo in terapia.

La mia esperienza del ruolo di essere padre la attingo dal modo in cui ho visto mio padre svolgere questo tipo di ruolo. È stata un’esperienza dove non credo di avere sperimentato attivazioni molto diverse da altri coetanei miei che hanno avuto padri nati a cavallo delle due guerre mondiali.

Il tipo di vita di quei bambini che poi hanno avuto figli negli 50/60; una vita molto precaria dal punto di vista della stabilità sociale e della qualità della vita in generale. La loro esperienza di giovani è stata bloccata da eventi sociali estremamente conflittuali e dolorosi, un senso di precarietà della vita, un senso di sfiducia verso l’umanità, un’esistenza dove bisogna lottare per sopravvivere e lottare per una vita sofferente. Le uniche condizioni di sicurezza che abbiano accompagnato lo stile di vita di mio padre, e credo di tanti altri padri di quel periodo, erano la protezione della famiglia attraverso la casa e la stabilità del lavoro. I due assi portanti di una sorta di conquista dell’esistenza dignitosa: il lavoro e la casa! Per cui io ho incontrato un padre che era lavoro e casa non un padre attento ai segnali dell’incertezza, dell’inquietudine, della tristezza di un bambino. Questi miei segnali sicuramente avrebbero suscitato in mio padre una sorta di inquietudine che non avrebbe saputo “dove mettere”, mentre venivano accolti più da mia madre per fortuna! Ho avuto quindi un padre che non ha mai giocato con me ed ecco perché ho una certa distanza emotiva da mio padre, per il quale ho sempre avuto un senso di rispetto e di stima. Però quella parte che dovrebbe proteggere, incoraggiare un figlio a credere nelle sue possibilità, ad ascoltare i momenti di incertezza, ecco quel tipo di padre non l’ho mai conosciuto. Questo tipo di esperienza impatta certamente con tutte quelle storie di

padre che incontro e che hanno una sensibilità tipo quella di mio padre. Io, con l'arrivo di mia figlia, ho sviluppato una sorta di contro modello di padre che non doveva essere assolutamente quello che ho conosciuto io, ma che doveva rappresentare una figura paterna dedita all'ascolto, alla protezione e alla disponibilità. Questa parte credo di averla sperimentata con mia figlia che adesso ha 11 anni. Per cui ho un'esperienza di padre come figlio, come uomo che si confronta con i modelli di paternità attuali e come padre di una bambina di 11 anni con la quale mi sono sperimentato in tutti questi anni, da padre di neonata a padre di ragazza preadolescente. Nel mio caso c'è un'altra variante presente nel mio ruolo di genitore, che è rappresentata dal fatto di essere un padre adottivo. Sento quindi la costante necessità di confrontarmi con un ideale di padre che porta sulle spalle un altro carico, quello di compensare l'assenza di un padre naturale e non "deludere" le aspettative di questa figura che esiste nella mia testa. Questo mio vissuto è molto carico di tensione, in quanto mi pongo costantemente sotto giudizio e sento di essere molto severo con me stesso rispetto al ruolo di padre, poiché sento anche questo mandato. Su questo aspetto ho sempre lavorato e continuerò a farlo ogni qualvolta mia figlia si troverà in difficoltà. La mia severità nei suoi confronti sarà proporzionale al mio livello di consapevolezza, di sofferenza e al mio senso di limite. Sono questi gli aspetti su cui pongo l'attenzione nell'interpretare il ruolo paterno nella relazione terapeutica e negli esempi di famiglie che voi mettete in evidenza. Ad esempio nella famiglia Fiotti in cui Amelia soffre di crisi d'ansia e sembra avere una relazione molto stretta con la figura paterna, con la quale mi confronto. In questo tipo di confronto il rischio è quello di entrare

in un rapporto giudicante verso questo padre che pare assumere atteggiamenti molto protettivi e a volte di complicità seduttiva nei confronti della figlia.

Credo che la cosa importante, una volta presa coscienza delle proprie premesse di padre, sia ascoltare questo tipo di emozioni che emergono nell'incontro con altri modelli di paternità nella relazione terapeutica. Accogliere questo tipo di emozioni che emergono, per non rimanere agiti da esse e di conseguenza riuscire a vedere la persona per quello che è, diventando curiosi di questo funzionamento relazionale, mostrando accoglimento per questo tipo di esperienza relazionale ed emotiva ed introiettando esperienze di paternità diverse dalla mia, in una sorta di confronto e di riflessione condivisa, che può anche essermi d'aiuto nel farmi ripensare il mio stesso modello di padre. Con questo non voglio dire che c'è qualcosa di buono in tutti i modelli di padre, però è interessante entrare in contatto autentico con la persona che c'è di fronte. Ciò può essere fatto quando abbiamo elaborato bene dentro di noi le nostre emozioni ed è interessante vedere come funzionano altri modi di stare nella relazione padre e figlio. Bisogna stare attentamente in ascolto del nostro atteggiamento giudicante che emerge da emozioni riconosciute le quali, a loro volta, emergono da modalità di interpretazione di modelli diversi di genitorialità che non vengono accolti.

Nella situazione di padre a cui facevate riferimento nella famiglia Fiotti, invece, mi ritrovo a confrontarmi con il ruolo di padre di una figlia adolescente, quando ancora non ho sperimentato personalmente questo tipo di ruolo; e credo che questo faccia la differenza. Anche se mi preme sottolineare che l'essere genitori, in questo caso padri, non dà

maggiori possibilità rispetto ad altri colleghi terapeuti, che non sono padri, di entrare in una relazione costruttiva e funzionale con altri padri. Anzi il rischio è che a volte la propria esperienza di padre, oltre a quella acquisita come figlio, potrebbe interferire con i nostri sistemi di premesse irrigidendo alcuni nostri modelli interni.

Quindi non sarà solo quando avrò quest'esperienza di padre di una figlia adolescente che potrò connettermi alle storie di padri di figli adolescenti. Penso che la capacità di entrare in relazione con le diverse storie a cui ci avviciniamo non dipende dal fatto che noi abbiamo vissuto la stessa esperienza a 360 gradi, ma dipende dal nostro grado di consapevolezza che sviluppiamo nell'entrare in relazione, dalla consapevolezza delle emozioni che percepiamo e quindi dal nostro grado di presenza mentale, di attenzione, che utilizziamo nel contesto specifico dell'incontro con l'altra persona. Solo allora siamo pronti ad accogliere storie, le più varie, e ad entrare in connessione con queste con un'atteggiamento non giudicante ma curioso, sensibile al contesto ecc ecc.

È quindi questo quello che serve non l'aver esperito tutti i tipi di vissuti che ci si presentano all'attenzione. Anche se io non ho perso un figlio posso comunque lavorare con padri che hanno subito questa perdita. Di solito i padri in questa situazione mi dicono che io non posso capire e se è vero che questa è un'esperienza che posso solo immaginare e non sentire con la loro stessa intensità, ciò non vuol dire che non posso entrare in esplorazione dell'altra persona e del suo mondo interno e non vuol dire che non posso in alcun modo "condizionare" il tipo di esistenza della persona con cui entro in relazione...condizionare nel senso di entrare in una danza relazionale terapeutica

che ci consenta di fare questo tipo di condivisione.

L'altro caso che mettevate in evidenza, quello della famiglia Menozzi, è il caso di un padre con il figlio piccolo che in prima battuta non sapeva se assumersi la responsabilità della crescita del figlio, quindi non sapeva se assumersi il ruolo di padre. Luca (il padre in questione) presentava una serie di dubbi scaturiti dall'aver un figlio neonato, che generalmente inquietano il terapeuta e i servizi che sono deputati alla protezione dei minori.

Credo anche che se noi stiamo in ascolto dell'inquietudine, figlia della paura, potremmo sperimentare un senso di impotenza e di paura, fuori dal nostro controllo, su ciò che potrebbe capitare anche a noi, come rifiutare nostro figlio o non riconoscerlo più. Se stiamo in ascolto con questo tipo di sensazioni riusciamo ad entrare in contatto con la persona in modo più autentico, riusciamo ad esplorare meglio con curiosità il modo in cui questa persona organizza il senso della sua paternità e scopriamo una serie di caratterizzazioni che sono necessarie per comprendere poi più profondamente il tipo di sofferenza che la persona ci porta. Quindi le nostre storie e le storie che portano i padri delle famiglie che noi incontriamo sono estremamente intrecciate. E' importante cercare di creare le condizioni in cui le nostre emozioni e le nostre sensazioni siano accolte e non governate o reagite con retroazioni, che tenderebbero all'avvicinamento del padre con il figlio per placare quell'inquietudine dell'incertezza della persona su cui non abbiamo fatto nessun tipo di esplorazione.

Perché a mio parere è legittimo essere genitori anche quando la nascita di un figlio fa sperimentare sensazioni di inquietudine e di incertezza. Nello specifico Luca ha proprio un problema fondamentale che quello di

non essere riconosciuto come partner dalla sua compagna. Se una persona che diventa genitore non si sente dentro una storia familiare minimamente definita, il ruolo di genitore diventa molto ingombrante, a meno che la persona non sia del tutto orientata (come oggetto di culto) a ricoprire questo ruolo e in questo caso l'altro non è altro che un corpo con la sola utilità di procreare. Questo rappresenta un altro modo di concepire la genitorialità, sempre legittimo ma in cui è importante che le cose vengano successivamente spiegate al figlio che in ogni caso prima o poi le intuirà (sicuramente le intuirà perchè difficile che vengano spiegate ai figli delle storie del genere). Nel caso di Luca la peculiarità, più che scegliere se fare o no il padre, era capire il contesto di riferimento, per cui centrarsi sul ruolo di padre, da parte del terapeuta, secondo me avrebbe avuto poco senso e se fosse accaduto sarebbe successo perchè il terapeuta non si era messo in ascolto delle proprie emozioni.

Come vengono orientate e poi agite le emozioni all'interno del contesto terapeutico?

Le emozioni ci servono per connetterci con le nostre premesse che si differenziano dai contenuti che ci vengono portati dalle persone che incontriamo; più ci sono contenuti e idee discordanti più si provano emozioni di disagio o anche di estremo agio, quindi i rischi sono o attaccamenti verso nuovi modelli estremamente seduttivi o avversione verso modelli che sentiamo molto distanti e disfunzionali. Le emozioni che emergono devono essere accolte e in qualche modo pulite da "inquinanti mentali", nel senso che è impossibile non avere modelli propri ma è fondamentale che questi modelli non diventino il nostro "must" attraverso cui andiamo

a leggere, con le nostre lenti, le storie degli altri. Le emozioni che noi sperimentiamo sono figlie delle nostre premesse, ossia si costruiscono in questo tipo di "scarto" tra le nostre storie e quelle delle persone che incontriamo.

Una volta che abbiamo accolto questo scarto, cioè la differenza, e abbiamo abbandonato l'atteggiamento giudicante (devo dargli un'alternativa) cominciamo davvero ad agire una conversazione in cui non c'è una storia giusta e una storia sbagliata. Esiste una storia che è sensibile e coerente al suo contesto. Le storie che ci portano in terapia le nostre famiglie sono storie che producono molta sofferenza e bisogna aiutare loro a costruire storie che siano più "raccontabili". Però prima di arrivare a proporre un punto di vista alternativo delle storie che ci vengono portate, è necessario che noi siamo stati in grado di ascoltare la modalità con cui loro le hanno raccontate. In questo modo noi terapeutamente agiamo azioni virtuose, nel senso che i nostri interlocutori si sentano accolti, accettati e sentano di conseguenza plausibile la loro storia. Solo quando loro sentono che noi non abbiamo giudicato il loro modo di agire possono anche accogliere il fatto di costruire con noi delle storie leggermente differenti.

Più noi saremo aggressivi nella nostra controproduzione di "editing" e più saremo stati poco in ascolto delle nostre emozioni. L'atteggiamento di curiosità, di non conoscenza dell'altro e di rispetto della sua storia mi sembra un aspetto fondamentale.

4. Conclusioni

L'argomento paternità, rispetto alle nostre premesse, non può trovare qui una conclu-

sione nel senso pieno del termine. Possiamo però fare alcune considerazioni, una sociale, l'altra clinica. La prima è che mentre la madre, quando vive la maternità, si trova costretta a dover adattare dentro di sé diverse identità, rispetto alla cultura di appartenenza (identità che non sempre riescono a stare in armonia tra loro), il vissuto di paternità non richiede, da un punto di vista culturale, un cambio di status sociale e identitario, in quanto l'uomo rimane principalmente un lavoratore. Questo costringe a differenti ruoli domestici e affettivi, tanto che ancora oggi si sente l'esigenza di coinvolgere il partner nell'evento nascita e nelle cure post-natali. L'impresa appare però ardua perché ancora vivono in noi, anche in chi agisce nei servizi istituzionali, alcuni pregiudizi su questo momento del ciclo di vita, pregiudizi che, a dispetto del loro tentativo formale, perpetuano una disuguaglianza nella cura del nascituro. Questo ci porta alla seconda considerazione, ovvero questi aspetti abitano anche il setting terapeutico e più ancora il terapeuta stesso. Come si può dunque essere terapeuti liberi dal bagaglio

di premesse che, causa la nostra storia e la cultura in cui viviamo, abbiamo caricato sulle spalle? Prima di tutto forse è necessario accettare che non siamo liberi, che non siamo neutrali, che proveniamo da una storia e che in terapia portiamo anche questa. In seconda battuta forse può essere utile, invece che indossare gli occhiali che vedono le persone rispetto al loro ruolo sociale, quindi rispetto alla classificazione padre, madre, figlio, lavoratore, disoccupato e quant'altro, provare ad utilizzare occhiali senza lenti, cioè fare emergere prima di tutto la persona. Quando conosciamo l'altro lo conosciamo rispetto al suo agire nel mondo (dove lavori, sei sposato hai figli ecc.) così quando vediamo una padre in terapia ci risulta difficile vedere l'uomo sganciato dal suo ruolo di padre. Forse cambiando prospettiva saremo in grado di accogliere anche padri che stonano con la nostra idea di genitorialità e, soprattutto, saremo forse in grado di non educarli a essere buoni padri ma di aiutarli a sperimentarsi come padri emotivi.

Bibliografia

- Andolfi, M., (2009), *Il Padre Ritrovato, alla ricerca di nuove dimensioni paterne in una prospettiva sistemico-relazionale.* Milano, Franco Angeli.
- Bateson, G., (1976), *Verso un'ecologia della mente,* Milano, Adelphi.
- Baldoni, F. (2005), *Funzione paterna e attaccamento di coppia: l'importanza di una base sicura* In: Bertozzi N., Hamon C. (a cura di): *Padri & paternità.* Edizioni Junior, Bergamo, 2005, pp. 79-102.
- Breunlin, D.C. (1988), *Oscillation theory and family development,* in C.J. Falicov (a cura di), *Family transitions: Continuity and change over the life cycle,* New York, The Guilford Press.
- Cavallera, H. A. (2005), *Variazioni storiche nei modelli di genitorialità,* in Prati, L. (a cura di) (2005), *Educare alla genitorialità,* Brescia, Editrice La Scuola.
- Cecchin, G., (1988), *Revisione dei concetti di ipotizzazione, circolarità e neutralità. Un invito alla curiosità,* *Ecologia della Mente* 5/1988, pp. 29-41.
- Cecchin, G., (1997), *Linguaggio Azione Pregiudizio.* In *Connessioni* n. 1, pag. 26-34.
- Fruggeri, L. (2001) *I concetti di mononuclearità e plurinuclearità nella definizione di famiglia.* In *Connessioni* (marzo 2001) pag. 11-21
- Fruggeri, L. (1997), *Famiglie,* Roma, La Nuova Italia Scientifica.
- Gaspari, G. (2001) *C'era una volta la famiglia tradizionale.* In *Connessioni* (marzo 2001) pp 57-71
- Miscioscia, D.; Nicolini, P., (a cura di) (2009), *Sentirsi padre. La funzione paterna in adolescenza.* Milano, Franco Angeli.
- Neuburger, R. e M. (2001) *I terapeuti e le famiglie pluriricomposte.* In *Connessioni* (marzo 2001) pp 25-33
- Rigetti, P.L., Casadei, D. (a cura di) (2005) *Sostegno psicologico in gravidanza,* Roma, Edizioni Magi
- Scabini, E. (1992), *L'organizzazione famiglia tra crisi e sviluppo,* Milano, Franco Angeli
- Selvini Palazzoli M., Boscolo L., Cecchin G. e Prata G., "Ipotizzazione - Circolarità Neutralità: Tre Direttive per la Conduzione della Seduta", *Terapia Familiare*, vol. 7, 1980, pp. 7-19..
- Tomm K., "Parte II. Le domande riflessive come mezzo per condurre all'auto-guarigione" (Trad. Ita. Bellacosa A., Molinari P.) *Ediz. Orig. Family Process* vol. 26, 1987, pp 167 - 183
- Tomm, K. (1991), *Intendi porre domande lineari, circolari, strategiche o riflessive?,* *Il Bollettino*, 24: 1-14.
- Ventimiglia, C. (1996) *Paternità in controllo,* Milano, Franco Angeli
- Zoja, L. (2000) *Il gesto di Ettore,* Torino, Bollati Boringhieri

La famiglia multiproblematica. Qual'è il sistema da prendere in considerazione?

Manuela De Matteis, Silvia Galletta, Gloria Passarella, Daniela De Luca

1° anno - Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Sistemico Integrata

Sommario

La trattazione utilizza i principi epistemologici alla base della teoria dei sistemi come lente d'ingrandimento per osservare alcuni nodi cruciali che potrebbero gravitare intorno al tema della famiglia multiproblematica. Il testo è sviluppato in quattro paragrafi che intendono iniziare ad approfondire gli aspetti della comunicazione analogica digitale e del tempo, oltre ad alcune condizioni che talvolta sono coinvolte nella sofferenza del Sistema Familiare, ovvero la separazione coniugale e la tossicodipendenza di un figlio adolescente.

Parole chiave:

Linguaggio, sistemi, tempo, famiglia, separazione, coppia, dipendenze

Summary

The discussion uses the basic epistemological principles of systems theory as a magnifying glass to look at some crucial points that might gravitate to the theme of the multiproblematic family. The text is developed in four sections intend to start to explore aspects of digital and analogic communication and about time, as well as some conditions that are sometimes involved in the suffering of the family system, or the marital separation and drug abuse of a teenage son.

Key words:

Language, systems, time, family, splitting up, couple, addictions

Introduzione

La seguente trattazione nasce dal desiderio di trovare “un” punto di osservazione in grado di sagomare i confini di un progetto realizzato dal lavoro congiunto di 4 persone, con l’obiettivo comune di poterlo sviluppare insieme all’interno del nostro percorso formativo. L’ articolo rappresenta un estratto di un lavoro più complesso, nel quale ognuna di noi ha affrontato un tema più ampio, di cui ogni singola trattazione ne rappresenta una parte, un aspetto costitutivo, mai esaustivo, ma indispensabile.

Nel primo paragrafo viene approfondito il tema del linguaggio, come portatore di “mondi significanti” e “costruttore di realtà”, declinato nel sistema famiglia. Partendo dal processo di conoscenza dei sistemi viventi di Maturana e Varela, si cerca di riflettere sull’organizzazione del sistema famiglia e di mettere in luce i suoi movimenti e la sua tendenza, in linea con la metafora della nave di Beatson, a ritrovare l’omeostasi che mantiene in vita il sistema grazie all’adozione di interazioni analogiche e numeriche ripetitive.

Nel secondo paragrafo viene trattato il concetto di “Tempo della famiglia”, che viene considerato come imprescindibile dallo sviluppo dell’esistenza umana, diventando elemento essenziale dello scandire degli accadimenti.

Si è cercato di mettere in risalto la famiglia come un’unità interattiva che agisce all’interno del suo contesto sociale e temporale, analizzando i modi in cui le famiglie si strutturano e variano nel tempo, e di come le normali transizioni possano porre dei problemi di adattamento e creare occasioni d’intervento terapeutico e di sviluppo.

Il terzo capitolo ci conduce alla conoscenza del sistema coppia, coniugale e genitoriale. Vengono affrontate alcune delle possibili

dinamiche che si pongono alla base della scelta del partner e si legge la separazione tra i coniugi come un processo trasformativo della coppia in cui l’altro continua ad esistere e non è possibile liquidare la storia relazionale di ciascuno. Si tenta di prendere coscienza di alcuni dei pregiudizi più diffusi in tema di rapporti e rotture coniugali, per giungere a considerare la messa in salvo dei legami affettivi e genitoriali come un processo costante di creazione e ricreazione.

Nel quarto paragrafo, si è cercato di capire come la dipendenza patologica dell’adolescente possa essere considerata un tentativo di fuggire da stati emotivi spiacevoli o negativi, di sbarazzarsi dei propri sentimenti, di ricercare una condizione di piacere e benessere rapido, di cercare di autocurarsi, di difendersi contro ogni tipo di tensione psichica sia di origine interna che esterna. Si è cercato, infine, di evidenziare come le nuove dipendenze sembrano essere l’espressione di una stagione culturale, nella quale abuso e dipendenza sembrano contrassegnati più dal bisogno di normalità che dall’immaginario della protesta o del disagio, legato all’uso e/o abuso di sostanze.

La scelta del tema descrive il tentativo di iniziare a pensare nell’ottica sistemica, laddove il panorama da scrutare non è mai ridotto ad un unico osservatore, ma a molteplici punti di vista, di altrettanti molteplici osservatori, nella direzione della complessità e mai della semplificazione. L’elaborato dal titolo “La famiglia multiproblematica” è il nucleo dei nostri elaborati, scelta che racchiude tra le tante motivazioni anche quella di poterci concentrare sugli aspetti che ruotano intorno alla famiglia e alla sua sofferenza. Il sottotitolo “Qual’ è il sistema da prendere in considerazione?” porta il senso provocatorio di

scuotere riflessioni sul tema sempre aperto della complessità.

1. La comunicazione disfunzionale nel sistema famiglia: il linguaggio come costruzione di realtà.

*«ogni atto di conoscenza ci porta un mondo fra le mani»
(Maturana e Varela 1987, p. 45)*

Metalogando con l'equipè..

E: Di cosa ci parlerete?

M: Vorrei riflettere su alcune premesse che credo siano importanti per dare "i giusti confini" alla trattazione e quale modo migliore per farlo se non con un "metologo alla Bateson", così ne approfitto per schiarirmi le idee anche io che lo sto scrivendo...

E: Immaginiamo la tua difficoltà...si tratta di linguaggio, interazione, sistemi...?

M: Non solo. Anzi non in modo esclusivo.

E: Cosa intendi per "non in modo esclusivo"?

M: Intendo dire che parlare di linguaggio e interazione tra sistemi viventi non può prescindere da alcune riflessioni proprie del come noi vediamo il mondo e lo traduciamo in codici condivisi per renderlo, appunto, condivisibile.

E: Quali sono allora le modalità con le quali percepiamo la realtà?

M: Ciascuno di noi ne possiede diverse, posso eventualmente ipotizzare quali sono alcune delle declinazioni che ciascuno di voi ha dato alla propria visione della realtà. Parafrasando Maturana (1987) noi non vediamo lo "spazio" ma viviamo il nostro campo visivo.

E: Ma se ciascuno di noi ha una "propria realtà" un "proprio campo visivo" e l'ipotesi è l'unico strumento che ci permette di co-

noscerli, come avviene l'esperienza della condivisione? Traducendo, se le premesse di ognuno di noi affondano le radici in terreni doversi come possiamo trovare un'ipotesi che possa davvero connetterle?

M: Il processo di ipotizzazione è di per sé un connettore incredibile...perché utilizza il linguaggio come strumento di costruzione comune col quale l'interlocutore può, a sua volta, co-costruire, plasmare e modificare i significati iniziali senza per questo snaturarli.

E: Quindi è possibile parlare lingue differenti e co-costruirne una ex novo attraverso il processo di ipotizzazione?

M: Non solo, interviene anche il contesto nella quale l'interazione tra due sistemi viventi avviene. Immaginate due violinisti che debbano eseguire un complesso brano a due voci. Perché l'esecuzione possa essere adeguata i due protagonisti dovranno, grazie a prove frequenti e costanti, esercitarsi nel riuscire, non solo ad essere accordati e intonati nella riproduzione della propria partitura, ma dovranno riuscire per tentativi ed errori a creare un unico dialogo, il brano. A questo sistema emergente si sommano numerose variabili che intervengono nell'obiettivo di eseguire il brano in modo soddisfacente; come il luogo in cui suoneranno il brano. Ad esempio se si trovano all'interno di un contesto di musica da strada con pochi e variabili spettatori, o all'interno di un teatro con tanti spettatori la cui attenzione è focalizzata esclusivamente sull'ascolto dell'esecuzione.

E: Mmh...Così se qualcosa dovesse andare storto le reazioni dei due musicisti alle prestazioni personali, sarebbero diverse a parità di resa finale dell'esecuzione?

M: Esattamente. Il contesto di per sé, escludendo per un attimo l'interazione verbale che come vedremo complica notevolmente il tutto, crea di per sé dei ruoli e delle relazio-

ni, delle aspettative sulla situazione stessa e sull'interlocutore-attore parte in causa.

E: Sta tutto nelle mani allora di chi osserva...

M: Sì in un certo senso. Ma è ancora parziale..

E: Dipende dal punto di vista con cui le osservi...

M: Se pensiamo ad esempio alla civiltà occidentale, il modo che ha di conoscere sembra precluso da una personale capacità. Se lo considerassimo da un punto di vista biologico, il processo del *cum - gnoscere* (conoscere per mezzo di..) è in stretto rapporto con l'organismo che dà vita al fenomeno. La complessità di questi sistemi è caratterizzata da una modalità di tipo circolare. Arriva a coincidere il nostro essere con il nostro fare che lo genera e lo mantiene stabile nel tempo in un processo che Maturana e Varela (1985) definiscono autopoietico.

E: Quindi linguaggio e interazione hanno una matrice comune investendo a raggio i contesti attinenti all'area dell'esperienza umana.

M: Ogni volta che ci riferiamo a qualcosa mettiamo in luce un criterio di distinzione che specifica l'oggetto che abbiamo preso in considerazione su uno sfondo di altri oggetti, chiarendone gli aspetti distintivi.

E: Ci sembra tutto un po' confusivo. Maturana, Varela (1985) così come anche Bateson (1984) intendevano dire che se un sistema per essere organizzato al suo interno deve avere tratti distintivi che gli attribuiscono la qualità di unità e che questi rapporti interagenti gli uni con gli altri vanno a modificarsi vicendevolmente per mantenere l'organizzazione stessa?

M: I sistemi viventi sono organizzati grazie ad un processo di circolarità che permette di definirli come produttori e prodotto inscindibilmente e conseguentemente la

propria azione va a definire o confermare la sua personale organizzazione. (Maturana e Varela, 1987)

E: Quindi secondo queste premesse l'identità di un sistema vivente può mutare di struttura ma non può mutare l'organizzazione?

M: Vi cito Maturana (1987) che a proposito di struttura dice che è "l'insieme dei componenti e dei rapporti che, concretamente, costituiscono, un'unità particolare nella realizzazione della sua organizzazione". Struttura in questo estratto evidenzia il concetto concreto di un'unità che occupa uno spazio reale e che in questo senso possa essere perturbato.

E: Per questo hai voluto fare questa lunga premessa alla trattazione? Per dare il "contorno" giusto all'unità semantica che vuoi sviluppare?

M: Ehehe! (risatina compiaciuta) Certo! In quanto osservatrice posso cogliere, l'unità strutturale di una visione dal punto di vista strutturale (escludendo dunque l'effetto contesto), oppure considerare il fattore contestuale come fondante il dominio strutturale. Ma se voglio coglierne la visione profondamente unitaria, sostiene Maturana (1985), devo considerarle entrambe e dal mio punto di vista metterle in relazione.

E: Ecco perché "ogni conoscenza ci porta un mondo tra le mani"!

M: Beh! Questo è (forse) solo il principio...

Il linguaggio, alla luce di quanto premesso, si intreccia in quanto variabile, nelle potenzialità del sistema vivente arricchendo e *complessificandone* l'organizzazione. L'aspetto, a mio avviso, più interessante è rappresentato dall'utilizzo che ne facciamo. Il modo che abbiamo di accostarci alla realtà e di interiorizzarla è legata "a doppio filo" con l'utilizzo del linguaggio. La realtà si affolla di "oggetti",

prodotti della capacità creativa umana intrinseca alla comunicazione verbale e non, implicita o esplicita che sia.

Queste oggettivazioni permettono sia ai produttori che agli altri di entrare in contatto con contenuti al di là dell'incontro diretto. Questi indizi, scrivono Berger e Luckmann (1969), non hanno la capacità di durare nel tempo in modo diretto, ma permettono di essere colti in differita come prodotti di un'oggettivazione della soggettività umana. La significazione (cioè la produzione umana di segni) ne è un particolare esempio. Grazie alle significazioni linguistiche siamo in grado di poter dare vita ad una relazione, l'utilizzo e la comprensione del linguaggio ci permettono di entrare nello scambio interattivo umano e di conservarne i significati oltre l'*hic et nunc* della situazione contingente. Questa tendenza a "cosare le cose" avviene nel nostro agire quotidiano, nel creare relazioni condivise a partire dalle peculiari espressioni verbali che utilizziamo e che rappresentano un vero e proprio "mondo significante" specifico di colui che lo emette. Gli individui, pertanto, attraverso il linguaggio non si limitano unicamente alla mera descrizione della realtà esterna, bensì rappresentano un processo attraverso il quale gli stessi creano la realtà sociale, di cui sono allo stesso tempo prodotto.

Bateson (1972) prima e successivamente Watzlawich (1971) ampliarono notevolmente il punto di osservazione sull'argomento introducendo il concetto di *livelli gerarchici* implicati nella comunicazione tra individui. Il livello di contenuto e il livello di relazione (dove il secondo descrive il primo) non solo permettono di leggere con la lente d'ingrandimento il sistema interattivo, ma prendono in considerazione aspetti contestuali; l'atto linguistico che si mette in gioco contribuisce

alla definizione dei due livelli gerarchici. Non solo ogni espressione linguistica è una vera e propria messa in atto, ma non possiamo in alcun modo esimerci dal farlo; è ciò che Watzlawich descrive nel suo primo assioma "È impossibile non comunicare"(1971).

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

La metafora proposta evoca l'immagine del gruppo familiare che protegge i suoi membri per garantirgli continuità e stabilità; ma allo stesso tempo è in costante comunicazione con l'esterno cui si adatta in quanto parte stessa del contesto sociale e responsabile della trasmissione di cultura. (Minuchin, 1974)

La famiglia appare dunque come un sistema governato da regole, in cui ciascun membro si muove al suo interno in modo organizzato e ripetitivo. Questi schemi comportamentali sono linee guida che ciascun membro tiene e che governano la vita familiare. Osservare

una famiglia significa prenderne in considerazione prima di tutto i singoli componenti; un figlio sofferente non è la causa di errori genitoriali come li vedrebbe la lente della causalità lineare, ma è necessario un salto concettuale in cui leggere ogni membro non come la somma di individui ma come sistema sovraindividuale con specifiche caratteristiche e funzionamento. “Possiamo solo usare questa regola basata sull’esperienza: il tutto è più delle singole parti ed è a questo tutto che siamo interessati” (Watzlawick, 1978,p.17).

Parlare di sistemi disfunzionali significa rivolgersi a problemi che non vengono connotati come malfunzionamenti ma l’accezione è nei termini di sistema strettamente connesso ad un sintomo che si manifesta in quel sistema specifico e che portano un significato che è funzionale all’omeostasi del sistema stesso. Questi comportamenti hanno un’importante funzione adattiva mantenendolo in vita e assicurando ritualità, ridondanze, senso di unità e di identità, specificità nelle quali il sistema si può riconoscere e spiegare la sua esistenza. Il membro sintomatico diventa dunque il portatore del disagio di un intero sistema. Si tratta del paziente designato, colui che all’interno della famiglia comunica attraverso il sintomo il disagio che gli è indicibile a parole, o in altri termini “Non mi dispiacerebbe parlare con lei, ma c’è qualcosa di più forte di me (e quindi non posso essere biasimato)che me lo impedisce”(Watzlawick,1971 p.68). I sintomi vengono presi in considerazione all’interno del contesto e le cui retroazioni li mantengono. L’intento è di tipo morfologico ovvero nella direzione di ottenere un “cambiamento di forma”; il disagio sembra manifestarsi come risultato di una situazione che si realizza come una modalità problematica in un tranquillo percorso di vita. Dunque, il problema può essere mantenuto

o rinforzato dal sistema sociale; siamo noi a punteggiare la realtà che osserviamo e a crearla attraverso il linguaggio e le ridondanze, che non prescindono l’utilizzo anche di una certa linearità a patto che ne siamo consapevoli (così come sottolineava Beatson sollecitandoci a conoscere come conosciamo). Ciò che osserviamo avviene all’interno dell’interazione, all’interno di una danza di descrizioni e definizioni.

Queste considerazioni hanno importanti implicazioni a livello terapeutico. L’osservazione dei significati che emergono dalle descrizioni dei membri di una famiglia unitamente a quelle del terapeuta sono indicazioni che ci permettono di cogliere l’organizzazione di quel sistema, sapendo che esse si costruiscono nel tempo sulla base delle esperienze che si compiono in un contesto di apprendimento. Osservare le relazioni che si esplicitano in un sistema, dunque, significa cogliere i significati dati da ciascun membro e poter in questo modo punteggiare anche il nostro punto di vista per declinarlo in un’ipotesi operativa.

2. Il Tempo delle Famiglie

*Il tempo è... Lento per quelli che aspettano,
veloce per quelli che hanno paura, lungo, per
quelli che si lamentano,
breve, per quelli che festeggiano, Un’eternità,
per quelli che amano.
William Shakespeare, (1564-1616).*

Nel dipinto “*La primavera*” di Botticelli, un’opera d’intensa bellezza, tale da coinvolgere l’osservatore fino ad ottundere la ricerca di senso, Edgard Wind (1985) nel suo lavoro “Misteri pagani nel Rinascimento” ci guida nel far luce sul senso di quest’opera. Cupido, ostentatamente cieco, indirizza il

suo dardo verso la danzatrice centrale del gruppo delle tre Grazie, la Castitas, che disadorna e con il volto velatamente malinconico, volge il suo sguardo a Mercurio, che gioca distrattamente con le nuvole.

Castitas guarda verso di lui, perché è verso l'Amore Divino che viene spinta dal dardo di Cupido. Sull'altro lato del dipinto c'è Zeffiro che soffia sulla ninfa Chloris e la trasforma in Flora. Prima la terra era di un solo colore e adesso innumerevoli tinte incantano lo sguardo. Come per dire che è la ragione a segnare la rotta, ma è la passione che la spinge, né da colore.

Froma Walsh (1986), utilizza questa suggestione, per individuare i possibili significati che caratterizzano la relazione tra persone che condividono una storia, così come i personaggi del quadro. Quando in terapia si "guarda" la famiglia, si cerca di co-costruire una storia, di trovare quelle informazioni, spesso contraddittorie tra loro, che possano essere articolate in ipotesi, per cercare di "dare senso" ai rapporti tra le persone.

La famiglia è intesa come un'unità interattiva che agisce all'interno del suo contesto sociale e temporale, analizzando i modi in cui le famiglie si strutturano e variano nel tempo, e come le normali transizioni possano porre dei problemi di adattamento e creare occasioni d'intervento terapeutico e di sviluppo.

Il "Tempo" fa parte dell'esistenza umana e diventa elemento essenziale dello scandire degli accadimenti. Gli individui fanno esperienza di una diversa percezione relativa allo scorrere del tempo secondo il particolare momento vissuto. Sotto quest'aspetto il tempo sembra possedere una sorta di correlazione con il livello d'intensità, con cui si fa esperienza dell'evento, in altre parole con lo specifico grado di presenza espressa dall'individuo nella determinata situazione.

In questi casi, dunque, si dovrebbe necessariamente giungere alla considerazione che il tempo non ha più connotazioni oggettive, quindi valutabili invariabilmente in qualunque condizione e da qualsiasi individuo, ma evidenza elementi attinenti alla personale "percezione", quindi il tempo contiene in sé una connotazione soggettiva.

Elias afferma che: "Il tempo non è un oggetto, ma un'astrazione derivata dalla nostra esperienza di successione e mutamento da un lato, di costanza degli oggetti che mutano dall'altra" (L. Boscolo e P. Bertrando, 1993).

Il tempo viene percepito in maniera diversa dalle persone, dai gruppi, ed anche dalla stessa persona in tempi diversi. Ad esempio, nell'Odissea, Penelope, sebbene non sia una dea, è santificata per la sua fedeltà, moglie di Ulisse, il coraggioso e astuto soldato, tesse di giorno e disfa di notte la sua tela, esprimendo così il desiderio di "fermare il tempo".

Il senso del tempo può essere alterato da molti fattori, ad esempio quando un soggetto è sottoposto a un pericolo, si ha un'attivazione neurofisiologica, emotiva ed umorale, in cui il tempo cronologico sembra scorrere più lentamente. La percezione del tempo varia anche secondo l'età e l'esperienza. Ad esempio nel sesto anno di vita il bambino è in grado di distinguere la "mattina" dalla "sera", nel settimo anno "ieri" da "domani", nell'ottavo sa precisare l'idea di "stagione", nel decimo ha coscienza che esiste un'inevitabile e irreversibile successione degli avvenimenti (nel senso cioè che il passato è "passato" per sempre).

Per un adolescente il tempo scorre *troppo lento* (poiché egli vuole raggiungere in fretta l'autonomia garantita dalla maturità), mentre per l'adulto il tempo scorre *troppo in fretta*

(poiché ha la percezione che la sua vita sta per finire).

Questo ci fa altresì capire che la coscienza del tempo vissuto può anche essere in contrasto con la misura oggettiva del tempo (orologio o calendario), dove tono affettivo ed emotività, ci fanno sembrare lungo o breve il tempo trascorso (ad esempio, la noia lo allunga, il piacere lo accorcia).

La variabile tempo è imprescindibile dallo sviluppo della famiglia, poiché questo ha a che fare con il passato, tramite la ricostruzione della propria storia, con il presente, nell'*hic et nunc*, ed infine con il futuro, presente nelle rappresentazioni dell'individuo.

In terapia, si presta particolare attenzione al modo in cui un individuo o una famiglia si mostrano verso una delle tre dimensioni del tempo, passato, presente e futuro. Spesso gli individui sono sbilanciati nel futuro ("fate qualcosa") o nel passato ("è tutto inutile"). La propensione verso presente, passato o futuro può essere rilevata prestando attenzione oltre che ai contenuti, anche alle forme del discorso: il ricorrere dei tempi verbali passati o futuri, l'uso dell'indicativo piuttosto che del condizionale e così via. Un esempio molto interessante può essere rappresentato da un caso clinico: Antonella, la ragazza dei maglioni.

Antonella è un membro di una famiglia composta da cinque persone, la madre dice al terapeuta che il motivo per cui cercano un aiuto è perché la figlia "è malata di anoressia mentale e psicosi". Ciò che a mio avviso appare più significativo è la risposta di Antonella a un'affermazione della madre che dice: "È una cosa infinita, perché ogni giorno è un giorno nuovo", la figlia continua dicendo "è come se ogni giorno rinascessi, e il giorno prima non è servito a niente". È evidente che il tempo di Antonella si è "arrestato", così

come il tempo di Penelope, un tempo circolare che ruota su se stesso, e non riesce a partecipare al tempo della vita e alla sua irreversibilità. Nei termini di Bateson, non c'è apprendimento, non è possibile costruire nuovi contesti, se ogni giorno si riparte dal principio non c'è svolgimento, la vita non diventa mai storia (L. Boscolo e P. Bertrando, 1993). Soffermarsi sulla variabile tempo ci permette di capire che: il tempo non è uno solo, il tempo della vita quotidiana non è sovrapponibile a quello misurato dall'orologio. Affermare che non c'è un unico tempo non vuol dire sostenere che esista una sola realtà in cui sono contenuti molti tempi, ma vuol dire che ogni collettività astrae e ordina i dati del mondo esterno attraverso schemi cognitivi consensualmente accettati, costruendo una molteplicità di realtà, ognuna con il proprio tempo. Il tempo dell'individuo diventa atemporale nel paradosso, cioè quando si crea una situazione in cui simultaneamente devono essere presenti due comportamenti contraddittori, cioè due o più eventi separati in sequenze temporali.

Così il paradosso nasce e vive nel linguaggio, ed è proprio in questo che possiamo illuderci di vivere nella logica atemporale: è nel linguaggio che spesso le cose finisco nella confusione e nel disordine (G. Bateson, 1984). Bateson e collaboratori, hanno descritto per primi gli effetti del paradosso nell'interazione umana, studiando il fenomeno della comunicazione schizofrenica, chiedendosi quali sequenze di esperienza interpersonale provocherebbero il comportamento schizofrenico (L. Boscolo e P. Bertrando, 1993).

Ipotizzano che: "Lo schizofrenico, deve vivere in un universo in cui le sequenze di eventi sono tali che le sue abitudini di comunicazione non convenzionali in qualche modo sa-

ranno appropriate”, questa ipotesi li ha portati a coniare il termine di doppio legame.

Possiamo descrivere gli elementi del doppio legame come inseriti all'interno di una relazione intensa che ha un alto valore di sopravvivenza fisica e/o psicologica, tra due o più persone, tipiche delle relazioni familiari (situazioni come l'invalidità, la dipendenza, la prigionia, l'amicizia, l'amore, la fedeltà, la situazione psicoterapeutica, eccetera). In contesti simili viene dato un messaggio che è strutturato in modo tale che a) asserisce qualcosa, b) asserisce qualcosa sulla propria asserzione e c) queste due asserzioni si escludono a vicenda. Se il messaggio è un'ingiunzione, quindi, l'ingiunzione deve essere disobbedita per essere obbedita. Infine s'impedisce al ricevente del messaggio di uscire fuori dallo schema stabilito da questo messaggio, o meta comunicando su esso o chiudendosi in se stesso. Anche se il messaggio è da un punto di vista logico privo di significato, è una realtà pragmatica; egli non può reagire a esso in modo adeguato (non paradossale), perché il messaggio stesso è paradossale.

Questa situazione spesso si ha quando viene proibito in modo più o meno evidente di mostrare una qualsiasi consapevolezza della contraddizione o del vero problema in questione (P. Watzlawick, J. H. Beavin, D. D. Jackson, 1971).

In *Paradosso e Controparadosso* (M. Selvini Palazzoli, L. Boscolo e altri, 1975), gli autori ritenevano che i sintomi fossero in relazione con dei doppi legami, quindi dei paradossi, che in terapia potevano essere annullati con degli interventi controparadossali. La relazione stessa era ritenuta paradossale, perché il terapeuta considerato agente di cambiamento, connotava e connotava positivamente i comportamenti dei componenti

di una famiglia, alleandosi simultaneamente con l'omeostasi della famiglia stessa.

In quelle relazioni familiari in cui la cancellazione del tempo, il suo arresto e l'eccessivo spostamento in avanti sono causa di sofferenza, disagio, malessere, follia, potrebbero essere utili per il terapeuta, l'utilizzo di domande circolari, riflessive, lineari o strategiche, che facilitano l'auto-guarigione in un individuo o in una famiglia. Tali domande attivano la riflessività tra i significati all'interno dei sistemi di credenze preesistenti, che permettono ai membri della famiglia, di generare o generalizzare da sé i modelli costruttivi dalla conoscenza e del comportamento, e che possono provocare all'interno del sistema quella perturbazione necessaria a provocare cambiamento e auto guarigione (K. Tomm, 1991).

Nella conferenza dal titolo “Comunicazioni sovrapposte nel gioco del paradosso”, Cecchin (2001) spiega che il passato viene costruito dal presente. Esemplifica facendo questo esempio: se una coppia è felice di stare insieme e chiediamo loro di raccontarci come si sono incontrati, probabilmente costruiranno una storia molto romantica, con connotazioni positive, anche se ognuno di loro ha una storia diversa. Lo scenario cambia se la coppia si trova a vivere una situazione conflittuale, alla stessa domanda racconterà una storia tutta nuova rispetto a quella di prima, quindi la storia si adatta al presente. Secondo Cecchin, nel vivere i conflitti, si ha la tendenza a vedere le cose negative del passato, perché questo è un modo per spiegare il presente.

Quando si cerca di spiegare cosa sta succedendo, si ha la tendenza a costruire una storia che non ha niente a che fare con la verità o con la realtà. Dal punto di vista sistemico non ci interessa quello che è successo

“davvero” ma cosa la persona pensa che sia successo. In terapia si cercherà di costruire una nuova storia, che dia la possibilità di pensarsi in un modo nuovo, così da poter costruire un futuro nel “qui ed ora della seduta”, provando a presentificare molti futuri possibili, che aprano possibilità diverse, così da dare la possibilità alla famiglia di uscire da un’impasse esistenziale e continuare il cammino evolutivo.

3. Quando nella coppia uno più uno non fa due: coniugalità e genitorialità nel processo di separazione.

Il sistema coppia nasce dall’incontro tra due storie individuali, e prende forma a partire dal sistema di credenze (valori, aspettative, speranze, desideri) di cui ciascuno dei due membri è portatore. La costruzione dell’identità di coppia è dunque un complesso processo di coordinazione progressiva tra le proprie narrazioni familiari ed esperienze individuali da un lato e le narrazioni familiari ed esperienze del partner dall’altro. Più in particolare, la scelta del partner è una strana mescolanza tra mito familiare, mandato inerente a esso e ricerca di soddisfacimento di bisogni più strettamente personali, ad esempio, la ricerca della sicurezza e della fiducia di base sono uno degli elementi centrali intorno al quale il rapporto stesso si sviluppa. Il potenziale partner si rivela tanto più adatto quanto più fa intravedere la possibilità di dare informazioni sui punti problematici di un rapporto passato o di risolverli. Perché questo accada è necessario che accanto a caratteristiche ripetitive e quindi rassicuranti perché conosciute, vi siano aspetti particolari del rapporto che si adattino ad accogliere fantasie compensatorie idealizzate o che

facciano sperare di riprendere il filo di una storia che non ha dato la sicurezza desiderata (Andolfi, 1999).

Maturare la coppia significa comunque maturare la separazione dalle famiglie d’origine; il matrimonio rappresenta in questo senso un processo che coinvolge tutto il sistema familiare. Parlare di formazione della coppia significa tener presente un sistema almeno trifamiliare, composto dalle due famiglie d’origine e dalla neo-coppia, che all’interno della storia relazionale passata dovrà trovare una terza via per costituire una sua originale identità. La coppia mette in discussione una complessità di livelli, i cui significati vanno decifrati all’interno del percorso individuale e almeno trigenerazionale di ogni partner il cui incontro non appare riconducibile ad una reale scelta, concetto questo che sembra inserirsi in un modello di linearità. Introdurre circolarità all’interno dei processi di scelta del partner significa considerare i reciproci bisogni che si inseriscono nell’incontro e che formano quell’incastro che per essere studiato richiede di risalire alla storia di ognuno, non solo alla storia dei suoi legami precedenti, ma anche alla storia delle sue separazioni. L’autonomia dell’individuo sembra quindi collegarsi paradossalmente a scelte di dipendenza, di appartenenza, ed il suo sviluppo sembra passare attraverso le separazioni da queste (Malagoli Togliatti e Lubrano Lavadera, 2008).

Quindi potremmo definire i diversi tipi di rapporto in base alla capacità o meno di essersi separati dalle famiglie d’origine e dal clima presente in esse, di rinunciare o meno a venir salvati rispetto alle esperienze pregresse, di essere stati capaci di raggiungere l’interdipendenza intesa come la dipendenza l’uno dall’altro per lo sviluppo delle rispettive potenzialità, di riconoscere l’altro e se stessi

nella relazione, di concentrarsi sulla coppia rinunciando ad altri “matrimoni” privilegiati poichè il numero due nelle relazioni di coppia non esiste e il terzo componente potrebbe essere per esempio un genitore o un figlio o l’attaccamento al lavoro o un amante che stabilizza la relazione e permette che continui nel tempo e, infine, di pensarsi sempre uguali oppure dinamici in un processo continuo di trasformazione e di evoluzione (Telfner, 2007).

Le storie non cominciano mai dall’inizio, non seguono una causalità lineare, non si srotolano come un nastro, sempre dello stesso colore e sempre nella stessa direzione (Telfner, 2007). Una storia procede per salti: non è prevedibile, non è dettata da un atto volitivo, non va necessariamente verso il meglio. Mostra una dimensione dinamica basata sull’imprevedibilità, con momenti di avvicinamento e di allontanamento. E’ un percorso pieno di intensità, emozioni, complicità ma anche di interruzioni, stop, cambiamenti di rotta. La fine di una storia provoca sempre un grande dolore, ma gli abbandoni sono tristemente e naturalmente all’ordine del giorno. Numerosi clinici che si occupano di relazioni familiari considerano anche il divorzio come “una fase prevedibile del ciclo di vita” e un’evoluzione delle relazioni familiari (McGoldrick, 1993). La sfida consiste nel vedere il legame come forma di vita e la separazione come un’opportunità per centrarsi, per ragionare sui propri meccanismi di attaccamento e distacco, sulle proprie convinzioni su di sè, sugli altri e sul mondo. Un processo esplicitabile in cui l’altro continua ad esistere, non viene annullato. Umberta Telfner (2007) propone alcune convinzioni “errate” che non fanno altro che peggiorare il già difficile compito di amarsi, lasciarsi e volersi. Credere che l’amore sia per sempre o credere che

esista un’unica forma di rapporto sono ad esempio due importanti pregiudizi da archiviare perchè le relazioni passano, fluiscono e non restano uguali nel tempo.

I coniugi che decidono di rompere la loro unione si trovano in primo luogo di fronte al compito di doversi impegnare nell’elaborazione del divorzio psichico, ovvero cercare di comprendere il fallimento del legame, ritrovare una progettualità individuale avendo fiducia nelle proprie capacità, senza più contare sulla presenza del coniuge. In questo modo si definiscono in maniera non ambigua i nuovi confini del legame che permane, senza tuttavia scadere nelle due modalità contrapposte dell’attaccamento confusivo o dell’esasperato conflitto (Fruggeri, 2005). Dal punto di vista relazionale però è il legame a essere sottoposto alla prova e il patto coniugale (Andolfi, 1999), ovvero un patto che si colloca tra la dichiarazione di impegno e la presenza di una dimensione inconsapevole che si nutre di bisogni, di desideri e di timori reciproci della coppia. La fine del patto può assumere forme molto diverse (Scabini e Cigoli 1998) e se è vero che c’è differenza tra le persone in quanto a decisioni prese, sentimenti provati e azioni compiute, è altrettanto vero che esse hanno comunemente collaborato a realizzare l’incastro, a farlo vivere e dunque a scioglierlo. L’aspetto paradossale del divorzio è quello dunque di essere un compito congiunto e per niente affatto un compito solo individuale. Inoltre, la fine del patto non è trattata una volta per tutte in quanto l’elaborazione della perdita è “storica”. Il tema della fine, infatti, si ripresenta e si ripropone tutte le volte che accade qualcosa al legame. È il caso del presentarsi sulla scena dei rapporti di un nuovo compagno per il partner, o di una nuova unione e dalla nascita di un altro figlio da tale unione

perchè i legami non si aboliscono. Essi vengono ad assumere altre forme e si convertono, vale a dire assumono altri significati. Non c'è dunque la fine-sparizione, c'è piuttosto la fine-passaggio.

Il divorzio comporta una fase di transizione e un complesso processo di adattamento che coinvolge anche i figli. Secondo alcuni autori (Greco e Maniglio, 2009) i bambini sembrano attraversare cinque fasi ossia: diniego, rabbia, negoziazione, depressione e accettazione. Esse seguono la loro maturazione psicologica e il passaggio dall'una all'altra dipende molto dal livello di maturità raggiunto. Il processo di adattamento può essere favorito da una serie di circostanze benefiche tra le quali la cogenitorialità è stata definita come la qualità della coordinazione tra gli adulti nei loro ruoli genitoriali e la capacità di supportarsi a vicenda come leaders della famiglia (Malagoli Togliatti e Lubrano Lavadera, 2008). Questa definizione rimanda al mutuo investimento e coinvolgimento dei genitori nel crescere congiuntamente i loro figli e non semplicemente alla somma dei ruoli materno e paterno e all'esercizio parallelo della genitorialità. La coordinazione riguarda l'aspetto processuale dell'interazione. Si tratta di processi di co-costruzione e coregolazione in cui normalmente gli stati disarmonici sono più frequenti di quelli armonici, nel senso che le coordinazioni errate sono la normalità, ciò che cambia è la capacità di effettuare riparazioni efficaci e cooperative. Nei pattern funzionali gli errori sono continuamente riparati e le formazioni interattive che ne derivano sono ricreate e rielaborate nel tempo.

Si potrebbero descrivere diversi scenari relazionali post-separazione coniugali che corrispondono a diversi modi di gestire la dinamica triangolare internucleare che la genitorialità

implica in queste famiglie (Fruggeri, 2005) ma ciò che appare utile ricordare è che per l'adattamento dei figli è fondamentale una precisa e netta distinzione tra le problematiche riguardanti la coppia coniugale e quelle relative allo svolgimento del ruolo genitoriale. Inoltre, fra tutti i fattori di rischio quello in grado di generare conseguenze maggiormente negative è il processo di conflittualità coniugale, di cui il divorzio costituisce solo una tappa tant'è che i figli di genitori divorziati tendono a manifestare segni di disagio psicologico già molto tempo prima dello stesso. Tale disagio potrebbe comparire, ad esempio, laddove gli adulti coinvolgono i figli in dinamiche disfunzionali come la coalizione di un genitore con il figlio a danno dell'ex coniuge, la triangolazione conflittuale in grado di generare nel bambino conflitti di lealtà e la deviazione in cui il conflitto viene spostato, non esplicitato e non negoziato dai genitori (Minuchin, 1974).

La ricorrente frase "non più coniugi ma sempre genitori" sembra dunque avere il sapore della formula quasi magica. Trasmette infatti l'idea rassicurante della salvaguardia del legame per divisione-salto (non più... ma) più che per transizione-passaggio e che il problema si riduce alla modificazione dei ruoli a seguito del divorzio. In realtà non si liquida affatto la storia relazionale e non si può di certo imporre agli ex coniugi il nuovo imperativo categorico dell'indissolubilità del legame genitoriale. Gli ex coniugi o ex conviventi possono piuttosto cercare di affrontare la fine del legame, considerare se da questo qualcosa di buono è venuto ed è stato distribuito tra le persone, sentire di potersi dare la mano, nonostante dolori e delusioni, a favore di un terzo, vale a dire la generazione successiva. La messa in salvo del legame generazionale non è dunque un pro-

cesso di conservazione ma è una costante creazione e ricreazione. Coerentemente con quanto detto fino ad ora, appare utile esplicitare l'importanza di non rimanere intrappolati in un altro pregiudizio diffuso secondo cui occorre che i coniugi rimangano uniti in matrimonio per il bene dei figli. Quando parliamo di pregiudizi intendiamo ogni serie di fantasie e idee, verità accettate, preconcezioni, ipotesi, modelli, teorie e sentimenti personali, stati d'animo e convinzioni nascoste: di fatto ogni pensiero preesistente che contribuisca, in un incontro con altri esseri umani, alla formazione del proprio punto di vista, delle proprie percezioni e delle proprie azioni. Anche per il terapeuta è importante prendere coscienza dei propri pregiudizi poichè in questo modo può assumersene la responsabilità e utilizzarli nell'interazione terapeutica (Cecchin, Lane e Ray, 1997). Per quest'ultimo, il colloquio è anche un'occasione speciale per riflettere sul dove si trova rispetto ai propri legami di coppia e alle proprie famiglie. In questo senso la terapia diventa l'incontro tra due mondi familiari che condividono un percorso comune (Andolfi, 1999).

4. Adolescenza: condotte di dipendenza ed indipendenza.

Cosa vuol dire essere adolescenti in un'epoca caratterizzata da frammentazioni familiari e crescente individualismo? Perché una necessaria appartenenza è stata sostituita da molti adolescenti con forme sempre più pericolose di dipendenze patologiche, come l'alcool, le droghe, il cibo o da forme di addiction tecnologiche?

L'età adolescenziale è una fase caratterizzata, già per sua natura, da una serie di contraddizioni: tra le più importanti vi è il costante conflitto tra il bisogno di autonomia

e quello d'indipendenza. Infatti, il periodo adolescenziale rappresenta la prima esperienza di separazione intrapresa in piena consapevolezza e sotto l'influenza specifica dello sviluppo personale raggiunto fino a quel momento. Man mano che l'attaccamento verso i genitori assume una posizione di minore centralità, aumenta per i ragazzi l'importanza attribuita ai rapporti interpersonali in genere e a quelli affettivi in particolare. La dipendenza può esprimere la necessità di colmare le proprie insicurezze, le proprie paure e la propria inadeguatezza: non è altro che un tentativo di autoterapia. L'adolescente, nel percorso di costruzione del suo divenire adulto, si trova ad affrontare profonde e rapide trasformazioni in diversi ambiti: i cambiamenti fisiologici della pubertà sul versante biologico e l'acquisizione di modalità di pensiero più astratte e complesse su quello cognitivo modificano ed influenzano in modo rilevante il modo in cui egli si rapporta al suo mondo e costituiscono gli elementi più importanti nell'evoluzione del sé e dell'identità.

Nel contesto di tali profonde ed estese trasformazioni è del tutto comprensibile che egli possa sperimentare, spesso in modo anche molto acuto, sentimenti d'incertezza, d'inadeguatezza, di scarsa fiducia in sé stesso, di paura di sbagliare, di non farcela, di essere sottovaluto o non adeguatamente considerato dalle persone che lo circondano o, all'opposto, di eccessiva spavalderia ed ostentata sicurezza di sé.

I significati che l'adolescente attribuisce all'uso di droga sono connessi sia con la ricerca di stati di eccitamento e di piacere e sia con i problemi attinenti all'area della socialità e della definizione dell'identità. La droga, oltre che come un'occasione speciale per sperimentare percezioni, emozioni e situazioni nuove, stimolanti, non convenzio-

nali, può essere identificata dall'adolescente come uno strumento che facilita e rende più intensa e soddisfacente la comunicazione o più piacevoli certe attività. L'incontro con sostanze psicotrope è spesso vissuto come l'incontro con qualcosa che riesce ad aiutare l'individuo nell'affrontare un mondo vissuto come complicato ed ostile.

Negli ultimi anni si osserva però un ampliamento del campo di utilizzo del termine "dipendenza" in riferimento a comportamenti, abitudini, situazioni, relazioni delle quali non possiamo fare a meno e che non hanno necessariamente una connessione con l'assunzione di sostanze. Si tratta di una dipendenza di tipo psicologico, che si ritiene essere più "sfuggente" rispetto alla dipendenza fisica, in quanto fa riferimento a meccanismi difficilmente evidenziabili, per cui il desiderio irrefrenabile di assumere una sostanza o anche di trovarsi in una determinata situazione, di consumare qualcosa, di non poter fare a meno di qualcuno non è in relazione con le caratteristiche della sostanza stessa e con le conseguenze biochimiche dell'assunzione. Infatti, il processo di dipendenza è il prodotto dell'interazione fra persona, sostanza e contesto, ossia la dipendenza può essere vista come conseguenza di un processo estremamente complesso nel quale intervengono più fattori (Rigliano, 1999).

Secondo il punto di vista sistemico, i comportamenti di *addiction* sembrano rispondere a meccanismi relazionali: le abitudini a comportamenti rischiosi si inseriscono perfettamente nei confronti delle esigenze non solo di un individuo e delle sue spinte interne, ma anche riguardo al bisogno di introdurre nel funzionamento di un sistema determinati elementi che sono legati a doppio filo all'organizzazione del sistema stesso in tutta la sua autoreferenzialità. In quest'ottica, la

dipendenza sana è l'ingrediente necessario per poter sperimentare il senso di appartenenza, esperienza ricca e reale dal punto di vista affettivo perché permette di sentirsi amato e compreso. "Non ci si può separare se prima non si appartiene" sostiene Carl Whitaker (1989) e sono proprio una serie di dipendenze sane da sperimentare nel ciclo di vita che possono permetterci di appartenere ad un determinato gruppo o sistema. Infatti, solo se si è imparato ad interiorizzare gli altri significativi per se stessi ci si può allontanare, separarsi da loro, senza avere la sensazione di averli persi.

La dipendenza patologica s'instaura quando è necessario arginare, attraverso esperienze ottundenti o eccitanti, potenziali crolli psicologici in soggetti a rischio di ansia, di panico o depressione. Generalizzando, le più importanti dipendenze patologiche in adolescenza nascono con lo scopo di fuggire da stati emotivi spiacevoli o negativi, di sbarazzarsi dei propri sentimenti, di ricercare una condizione di piacere e benessere rapido, di cercare di autocurarsi, di difendersi contro ogni tipo di tensione psichica sia di origine interna che esterna. Per cui nell'adolescenza l'assenza di dipendenze positive in famiglia può portare a costruire una serie di dipendenze patologiche, tra cui la più nota è la dipendenza da sostanze ma vi sono anche le cosiddette tossicomanie oggettuali o new addiction. Come evidenzia Steiner (1993), le dipendenze, comprese quelle sociali, diventano dei rifugi della mente, ovvero i luoghi mentali in cui ritirarsi quando si desidera sfuggire ad una realtà insostenibile perché angosciata (Lavanco e Croce 2008).

Le nuove dipendenze sembrano l'espressione di una stagione culturale nella quale i fenomeni dell'abuso e della dipendenza appaiono contrassegnati più dal "buon funzio-

namento performativo” e dal bisogno di normalità che dall’immaginario della protesta, della marginalità o del disagio, legato all’uso e/o abuso di sostanze.

Conclusioni

Nel corso della realizzazione dell’elaborato ci siamo più volte interrogate su cosa volesse dire per noi “famiglia multiproblematica” e ogni volta ci siamo date risposte diverse. Forse non esiste un’unica risposta e forse la domanda è stata mal posta. Forse rimanda ad una lettura eccessivamente lineare e riduttiva della questione, forse non esiste un’unica risposta. Ci siamo chieste se sarebbe più utile non focalizzarsi sul Problema ed osservare piuttosto l’aspetto processuale e dinamico che il sistema costruisce intorno alla propria sofferenza.

Inoltre, ciascun tema affrontato ci ha portato a cogliere l’esperienza unica di “camminare alla cieca” con le nostre mappe all’interno di un territorio tanto vasto quanto, da noi, inesplorato fino ad ora.

Ci siamo fatte guidare dalla curiosità e abbiamo abbandonato la presunzione di dover trovare necessariamente risposte certe.

A tal proposito riportiamo concludiamo con una suggestione di Gianfranco Cecchin *nell’intervento del 20 marzo 2011 presso l’Università di Padova*, che alla domanda “Nell’intervento dobbiamo tenere conto solo del sistema famiglia o anche di altri sistemi?”, risponde nuovamente con una domanda: “Noi ci chiediamo qual è il sistema significativo intorno a quella persona che mi può spiegare perché lui sta male?”

Bibliografia

- Andolfi, M. (1999). *La crisi della coppia. Una prospettiva sistemico-relazionale*. Raffaello Cortina Editore: Milano.
- Andolfi, M., Mascellani, A. (2010), *Storie di adolescenza. Esperienze di terapia familiare*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Bateson, G. (1976). *Verso un'ecologia della mente*. Milano: Adelphi
- Bateson, G. (1984). *Mente e Natura*. Milano: Adelphi Edizioni
- Berger, P.L. , Luckmann, T. (1969). *La realtà come costruzione sociale*. Bologna: Il Mulino
- Boscolo, L., e Bertrando, P. (1993). *I Tempi del Tempo. Una nuova prospettiva per la consulenza e* Cecchin, G. (2001). *Comunicazioni Sovrapposte nel Gioco del Paradosso*. Gruppo Fuori Programma. Ricavato il 10 novembre 2011 da <http://digilander.libero.it/LaTerraSanta/lete/voci/cecchin1.html>
- Cancrini, L., La Rosa, C. (1991), *Il vaso di pandora*. Carocci Editore, Roma.
- Cancrini, M. G., Mazzoni, S. (2002), *I contesti della droga. Storie di esplorazione, autoterapia e sfida: un approccio psicologico al fenomeno delle dipendenze attraverso la complessità*. Franco Angeli, Milano.
- Cecchin, G., Lane, G., Ray, W. A. (1997). *Verità e pregiudizi. Un approccio sistemico alla psicoterapia*. Raffaello Cortina Editore: Milano.
- Cirillo, S., Berrini, R., Cambiaso, G., Mazza, R. (1996), *La famiglia del tossicodipendente*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Fruggeri, L. (2005). *Diverse normalità. Psicologia sociale delle relazioni familiari*. Carocci editore: Roma.
- Greco, O., Maniglio, R. (2009). *Genitorialità. Profili psicologici, aspetti patologici e criteri di valutazione*. FrancoAngeli: Milano.
- Lavanco, G., Croce, M. (2008), *Psicologia delle dipendenze sociali. Mondo interno e comunità*. McGraw – Hill, Milano.
- Malagoli Togliatti, M., Lubrano Lavadera, A. (2008). *Sul concetto di cogenitorialità nelle famiglie unite e separate: nodi teorici ed empirici*. *Età Evolutiva*, 91, 99-115.
- Maturana, H.R. Varela F.J. (1985). *Auto-poiesi e cognizione. La realizzazione del vivente*. Venezia: Marsilio
- Maturana, H.R. Varela, F.J. (1987). *L'albero della conoscenza*. Milano: Garzanti
- McGoldrick, M. (1993). *I mutamenti nel ciclo di vita della famiglia: una prospettiva sulla normalità*. Tr. it. In: Walsh, F (1993). *Ciclo vitale e dinamiche familiari*. FrancoAngeli: Milano.
- Minuchin, S. (1974). *Famiglie e terapia della famiglia*. Astrolabio: Roma.
- Rigliano, P. (1998), *In – dipendenze. Gruppo Abele*, Torino.
- Scabini, E., Cigoli, V. (1988). *The role of theory in the study of family psychopathology*. In: L'Abate, L. (1988). *Family Psychopathology*. Guilford Press, London.
- Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., e Prata, G. (1975). *Paradosso e Controparadosso*. Milano: Feltrinelli
- Telfener, U. (2007). *Le forme dell'addio. Effetti collaterali dell'amore*. Alberto Castelvichi Editore: Roma.
- Tomm, K. (1991). *Le domande riflessive come mezzi per condurre all'auto guarigione*. *Il Bollettino*, n°23
- Walsh, F. (1986). *Stili di Funzionamento Familiare. Come le famiglie affrontano gli eventi della vita*. Milano: Franco Angeli
- Watzlawick, P. , Weakland, J.H. (1978). *La prospettiva relazionale. I contributi della Mental Research Institute di Palo Alto dal 1965 al 1974*. Roma: Astrolabio
- Watzlawick, P., Beavin, J. H., e Jackson, D. D. (1971). *Pragmatica della comunicazione umana. Studio dei Modelli Interattivi delle patologie e dei Paradossi*. Roma: Astrolabio- Ubaldini
- Whitaker, C., Simons, J. (1994), "La vita

- interiore del consulente” in Andolfi, M., Haber, R. (a cura di), La consulenza in terapia familiare. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Wind, E. (1985). Misteri Pagani nel Rinascimento. Milano: Adelphi
 - De Matteis, M., Galletta, S., Passarella, G., De Luca, D. (2011). La famiglia multiproblematica. Qual è il sistema da prendere in considerazione?. Parma: Elaborato 1°anno Scuola di Specializzazione Sistemico Integrata

