

LA FAMIGLIA COME SISTEMA: UNA CHIAVE PER INTERPRETARE IL QUOTIDIANO. - MODELLI DI TERAPIA FAMILIARE.

***Pietro Borraccino**

INTRODUZIONE

Proporre il contributo dell'approccio sistemico – relazionale all'interno di un progetto di studi e formazione, che ha come obiettivo il ripensare l'infanzia, è compito non semplice, ma, indubbiamente, appassionante.

Le teorie sistemico – relazionali, che costituiscono un paradigma ampio, articolato, contenente peculiarità distintive, infatti, da un lato rappresentano il frutto d'esperienza clinica, e, dall'altro, prevalentemente, si occupano di sistemi umani, e in particolare della famiglia, considerata come uno dei sistemi umani più significativi. Tali teorie, in pratica, affondano le proprie radici nell'ambito della psicoterapia, tant'è che s'identificano prevalentemente con il termine di "terapia familiare", costituendo un ricco e variegato panorama di esperienze cliniche.

Le teorie sistemico – relazionali si sono confrontate con i diversi, e tradizionali, approcci teorici, a volte in maniera antinomica, e altre volte, soprattutto di recente, ricercando occasioni di incontro.

Lo sforzo di questo contributo è teso ad offrire una peculiare visione della famiglia, utilizzando l'impostazione sistemica e relazionale connettendosi e integrandosi, in tal modo, al percorso scaturito dal progetto formativo e di studio, che l'intero lavoro si propone. Anche rispetto a quest'ultima finalità, è opportuno, preliminarmente, sottolineare, che il punto di vista sistemico – relazionale si caratterizza come il tentativo di ricontestualizzazione

* Pietro Borraccino Psicologo – Psicoterapeuta.

dei fenomeni, degli eventi e degli stessi individui, nel luogo “naturale” di vita, nella storia dei cambiamenti, e nel loro organizzarsi nel presente.

Queste affermazioni, sicuramente generali e, per certi aspetti persino generiche, implicano l'utilizzazione di un punto di vista, di osservazione, di studio che parte da una prospettiva epistemologica peculiare, diversa da quella tradizionalmente conosciuta e adoperata. Non migliore, non peggiore, ma diversa, semplicemente diversa!

Nell'indicare tale diversità, non si può non ricordare, attraverso Gregory Bateson (1976), studioso che ha dato uno dei più importanti contributi alle teorie sistemiche, che “...l'informazione è una differenza che produce una differenza”. Pertanto se tali diversità emergeranno con evidenza, questo contributo sarà utile, produrrà informazione, riflessione

E, in sintonia con l'obiettivo del progetto di studi, esso si propone di costituire uno stimolo a problematicizzare in un campo in cui si danno troppo, e troppo spesso, per scontate le conoscenze, e le correlazioni tra conoscenze e interventi educativi. Uno stimolo a ricordare che le conoscenze sono relative: le conoscenze scientifiche nascono, hanno una loro vita e poi si modificano.

Da quest'affermazione può scaturire un interesse ulteriore ai contenuti proposti. Se è, infatti, meritevole riproporre attenzione all'infanzia, si consenta una sottolineatura positiva dell'ipotesi che implica “il ripensare” all'infanzia stessa. Il ripensare come processo mentale che modifica i contenuti del pensiero.

Quest'attenzione al processo piuttosto che al contenuto stimola senz'altro chi utilizza l'approccio sistemico – relazionale. “Ripensare l'infanzia” è un titolo efficace di un obiettivo importante, perché costringe a porsi e a riproporsi l'infanzia in termini di certezze non assolute. Se l'infanzia è da ripensare, può voler dire, appunto, relativizzare conoscenze e “certezze”, e, conseguentemente, che di ciò si deve tenere conto, negli interventi dell'adulto, nell'ampio spettro che va dalle relazioni affettive, educative, sino a quelle terapeutiche. Evitando la rigidità, che spesso è in se stessa dannosa, e implicando posizioni di apertura, di ascolto, di flessibilità. Posizioni, queste, che in ogni caso assegnano responsabilità all'adulto.

Questo contributo nasconde la speranza di essere occasione di scambio, di discussione, di confronto, al fine di ampliare le possibilità di utilizzare una siffatta posizione.

1. Concetti Fondamentali delle Teorie Sistemico – Relazionali.

Per illustrare i fondamenti delle teorie sistemico – relazionali, in un contesto non esclusivamente clinico, si può cominciare con il proporre una serie di interrogativi, di domande che permettano l'accesso ai presupposti teorici, si dovrebbe dire, più correttamente, metateorici, dai quali discendono i paradigmi teorici e le pratiche terapeutiche.

Le domande alle quali si fa riferimento, rimandano a temi di grande complessità: il funzionamento individuale si racchiude nell'individualità? Siamo monadi che si sommano a monadi? La psiche è contenuta dal corpo? La mente è il cervello? Come si somma il funzionamento di un individuo a quello degli altri?

Questi interrogativi hanno una portata di enorme dimensione. L'economia di questo contributo non può, però, tralasciare l'osservazione che troppo spesso questi stessi interrogativi sono implicitamente dati, tanto che le diverse prospettive scientifiche, non trovano il terreno adatto sul quale confrontarsi. Se pure brevemente, pertanto, non si può prescindere dai riferimenti epistemologici, che si connettono ai metodi scientifici, che si connettono ai modelli teorici e alle tecniche di intervento. Per connessione si vuole intendere un legame ricorsivo, tale che, al mutare della cornice epistemologica, mutano i modelli, e il senso stesso della psicoterapia.

Dopo questa premessa, è possibile affermare che le teorie sistemico – relazionali consistono in un peculiare modo di pensare ai fenomeni psichici, fondato su un assunto che essenzialmente riguarda un mutamento dell'idea di causalità. Si passa, infatti, da un modello di causalità lineare, che implica spiegazioni storiche, eziologiche, che è alla base dei modelli medico – clinico e psicodinamico, ad un modello di causalità circolare.

Facendo nuovamente ricorso a Gregory Bateson (1984), e parafrasandolo, è possibile affermare che nel mondo delle forme viventi, non hanno importanza solo le forze, ma l'informazione, i rapporti.

Da tale punto di vista discende che il soggetto è definito in termini di relazione con altri soggetti, e che la mente è descrivibile come un "processo extracerebrale". Gli interrogativi posti prima possono, ovviamente, trovare risposta in ottiche diverse; per semplicità descrittiva si può indicare una tra le possibili generali distinzioni,

individuando, pertanto, un'ottica che rimanda all'intraindividuale e/o intrapsichico, e un'ottica che rimanda all'interindividuale, al relazionale o, se si vuole, all'interpsichico.

Tale distinzione trova, comunque, possibile occasione di sintesi in recenti rielaborazioni, questo a conferma della mutabilità delle teorizzazioni scientifiche. L'economia di questo contributo non consente di addentrarsi in tale ipotesi, appare invece utile una riflessione che con chiarezza, persino radicale, tenga ben distinte queste posizioni.

Dal punto di vista sistemico – relazionale, le risposte agli interrogativi posti prima, trovano risposte in una serie di teorizzazioni, studi, esperienze cliniche che si focalizzano sulla relazione tra le persone, piuttosto che su un modello di individuo astratto.

Per esemplificare, si può ricorrere all'uso di una metafora, adoperata spesso in ambito relazionale.

Si pensi ad un marziano che ci osserva e ci studia, e ci si immagini come pezzi del gioco degli scacchi, posti sulla scacchiera. Questo marziano vedrà i pezzi fermi, o che si muovono, e ricercherà il senso di ciò che accade e vede. Formulerà l'ipotesi che quello è “un modo di essere”, magari inferirà che è “un gioco”, e proverà a capirlo. Potrà fare alcune cose. Innanzi tutto, potrà prendere un pezzo, portarlo in laboratorio e studiarlo: magari prenderà un cavallo; scoprirà che è fatto di legno, lo misurerà, lo peserà. Imparerà moltissime cose sul cavallo... Ma capirà il gioco? E' scritto nel cavallo che sulla scacchiera si può muovere in un certo modo? Ma, ammesso che sia geneticamente scritto, e che, quindi, il marziano, osservando il cavallo abbia scoperto come si muove, capirà il gioco degli scacchi? Nella migliore delle ipotesi avrà capito in quale range di possibilità, il cavallo può muoversi. E tutto ciò non è certo di poco conto. Non si vuole sottovalutare l'approccio individuale. Ma, se il marziano intende capire il gioco degli scacchi, conviene che si guardi tante partite. E vedrà sì, muovere il cavallo, ma anche il pedone, la torre, l'alfiere, il re, la regina. Capirà i legami tra tutti i pezzi. Capirà che il range di possibile estrinsecazione individuale, è connesso alle regole del gioco. Se non fa questa operazione, difficilmente riuscirà a capire come funziona il gioco degli scacchi. E magari, concluderà che il re sopravvive più degli altri pezzi perché è forte, e che il pedone è più spesso sopraffatto, perché è debole. E magari, rianalizzierà con più

cura il materiale di cui re e pedoni sono fatti, alla ricerca di differenze costitutive che possano spiegare il fenomeno osservato.

Quel marziano, però, non comprenderà il gioco degli scacchi, pur sapendo molto sui singoli pezzi.

Chi si occupa di teorie sistemico – relazionali, è un po' quel marziano che ha dovuto imparare il gioco degli scacchi.

Chi si occupa di teorie individuali, è lo stesso marziano che sa tutto su ogni pezzo.

Questo approccio, questo peculiare punto di vista, si è giovato del contributo di altre scienze e discipline, di una cultura ampia e variegata, all'interno della quale si deve ricordare il contributo della Teoria Generale dei Sistemi e della Cibernetica.

Fra i tanti studiosi che hanno contribuito allo sviluppo delle teorie sistemiche e del loro uso terapeutico, è indispensabile indicare, il già citato, G. Bateson e la sua importante opera concettuale e di ricerca correlata ad una concezione epistemologica che ha permesso una nuova definizione della mente, costituendo uno dei presupposti fondanti dei diversi modelli teorici e terapeutici.

Una siffatta cultura ha, infatti, trovato una delle occasioni di sintesi nell'alveo della psicoterapia. E si è così giovata di uno dei più classici dei metodi di ricerca della psicologia: il metodo clinico.

Evitando di fare la storia della Terapia Familiare, è però indispensabile sottolineare alcuni degli aspetti essenziali del cambiamento che questo approccio ha comportato.

Alcuni terapeuti, infatti, anziché incontrare una sola persona, cioè il cosiddetto paziente, hanno cominciato ad incontrare l'intera famiglia. Anziché stabilire relazioni terapeutiche di lunga durata, hanno cominciato a proporre tempi brevi. Non va dimenticato, inoltre, che al consolidamento della terapia familiare hanno contribuito un complesso di ragioni sociali. A tal proposito è esemplare l'opera di Salvador Minuchin, nei quartieri difficili e poveri delle città americane, e il suo lavoro con le famiglie multiproblematiche.

L'approccio sistemico – relazionale opera una rigorosa ricontestualizzazione dell'individuo.

Tornando alla metafora degli scacchi, ogni pezzo viene riposto sulla scacchiera e nell'interazione con gli altri pezzi. Scacchiera, pezzi, regole del gioco, costituiscono il riferimento di teorizzazione e intervento. Questa operazione implica le risposte agli interrogativi posti in premessa.

Derivano, in tal modo, concettualizzazioni e studi sull'individuo come parte di sistemi, sulla comunicazione e sugli effetti della comunicazione sul comportamento, sulla valenza di comunicazione di ogni comportamento, sulla famiglia intesa come sistema, sui processi di cambiamento.

Da tutto ciò derivano nuovi significati dei “sintomi” individuali; si enuclea il concetto di “paziente designato”; si ipotizzano modelli e metodiche terapeutiche, su di uno sfondo epistemologico comune, e sostanziandosi attraverso il denominatore comune della Psicoterapia Familiare, si articolano e si sviluppano una molteplicità di modelli.

Si mettono a fuoco diversi aspetti, la comunicazione e i cosiddetti “giochi familiari”; la struttura familiare; gli interventi strategici; l'impostazione esperenziale; per restare a quei modelli con maggior tradizione.

Teorie e modelli che si confrontano con l'evoluzione delle teorie di riferimento (cibernetica di I e II ordine, per esempio); che da un lato evolvono verso paradigmi che giungono a ridefinire la funzione dell'osservatore esterno al sistema, sottolineando l'autoreferenzialità di ogni osservazione. Ridefinendo, così, la stessa funzione della terapia, proponendo percorsi di tipo costruttivistico. Per altri versi si assiste ad un rinnovato interesse per i vissuti individuali; proposito che trova collocazione nei diversi modelli, in alcuni casi, nel rispetto delle peculiarità epistemologiche distintive, e, in altri, orientandosi verso una contaminazione di modelli provenienti da presupposti epistemologici diversi.

Come già detto, il panorama dei modelli è sicuramente più vasto e mutevole, e piuttosto che descriverlo, si è preferito fornire alcune coordinate utili ad orientarsi.

Ma per consentire un siffatto orientamento, è necessario sottolineare come, anche nella Terapia Familiare, sempre più si pone attenzione alla variabile terapeuta, e ai processi formativi e al rapporto tra modello e sua utilizzazione.

Si può convenire che, il terapeuta debba saper padroneggiare il modello, sapendolo, altresì, interpretare nella versione del suo stile personale.

Non fosse altro che perché il processo terapeutico avviene nel sistema terapeutico, che è costituito dai terapeuti e dalla famiglia; e che, pur nella definizione che scaturisce dal contratto terapeutico, l'interazione terapeuta – famiglia ha vita propria, e il terapeuta non può che sapersi adattare.

2. La Famiglia come Risorsa.

Tutti hanno esperienza di famiglia. Esperienza della famiglia d'origine, quella in cui si è figli, fratelli, sorelle, nipoti. Esperienza della famiglia nucleare. Quella in cui si è mariti, mogli, padri, madri, nonni.

Che sia un'esperienza più o meno soddisfacente, piacevole, ciascuno lo valuti. Ma che si abbia, tutti, una qualche esperienza di famiglia, è certo. Anche quando non c'è stata una famiglia d'origine, ci può essere esperienza di famiglia; si sperimenta la mancanza, vissuta, attribuita, e se non c'è la possibilità di realizzare una nuova famiglia, si assiste, sovente, al perdurare dell'esperienza di famiglia d'origine; e, sovente, si sperimenta la mancanza della famiglia nucleare.

Queste affermazioni potrebbero essere passate al vaglio, utilizzando modelli antropologici, sociologici, psicologici e biologici. Si pensi, ad esempio, alle trasformazioni che la famiglia ha subito, in relazione ai cambiamenti sociali ed economici. Si pensi alle differenze tra la famiglia contadina, di tipo patriarcale, e la famiglia urbana, nucleare, in una società industrializzata.

Si pensi a come, soprattutto nella cultura occidentale, si sia dato risposta attraverso le politiche sociali: case di riposo per gli anziani, nidi per i bambini, istituti per i disabili, tentativi di protezione della maternità.

Tutto in un continuo processo accomodativo, in trasformazione.

Di rilievo potrebbe essere una discussione in chiave etica. Si pensi a come, le competenze di alcune scienze mediche, in quest'epoca, incidono sull'esperienza di famiglia. Manipolazione genetica, utero in affitto, embrioni congelati, e quant'altro, impattano in maniera significativa, nella realizzazione dell'esperienza di famiglia. A questo si accompagna un diverso modo di organizzare i costumi sessuali, i ruoli sessuali, con conseguente ulteriore impatto sulla realizzazione dei ruoli familiari. Si pensi alle coppie omosessuali o alle coppie formate da persone che, chirurgicamente, modificano la propria identità di genere.

A ciò si aggiunga l'evoluzione del Diritto di Famiglia, il divorzio, la ricostituzione di famiglie.

Si può presentare, in sostanza, un panorama complesso, tanto che le tradizionali problematiche legate all'adozione, rischiano di

assumere un alone romantico, appaiono foto stampate in bianco e nero.

Ai fini di questo contributo, peraltro, l'indicazione di tale complessità è utile allo scopo di segnalare l'importanza della famiglia, e di come tutti abbiamo una qualche esperienza di famiglia.

Tale esperienza non è neutra rispetto alla soggettività di ciascuno.

Da tutto ciò deriverebbero, e derivano: tentativi di classificare la famiglia; ipotesi su normalità e non normalità della famiglia; studi su famiglie che funzionano e famiglie disfunzionali.

Questi ultimi aspetti degli studi sulla famiglia, attraversano lo stesso campo sistemico – relazionale. Se, pure, spesso, attraverso ipotesi che costituiscono punteggiature arbitrarie. Tra famiglia e individuo, suo componente, tra i vari componenti della famiglia, non ci sono nessi a causalità lineare.

Per indagare tali nessi si ricorrerà, prevalentemente, al paradigma strutturale e agli studi di Salvador Minuchin (1982).

In tale contesto teorico è possibile identificare alcune significative funzioni svolte dalla famiglia. Tra le più generali si possono indicare: la protezione psicosociale dei suoi membri e l'adattamento al contesto storico- culturale. Queste due funzioni sono, ovviamente, interdipendenti, e finalizzate, quindi, al sostegno dei suoi componenti.

Si potrebbe a questo punto aprire una grande parentesi e avviare una serie di riflessioni teoriche sulle connessioni tra l'evidenza empirica di tali affermazioni, e una serie di ricerche e studi psicologici e neuropsicologici, riguardanti aspetti sia generali, che di funzioni particolari dello sviluppo umano.

Molte di tali riflessioni condurrebbero alla conferma delle affermazioni stesse nell'ambito di una validazione degli assunti di base, relativi alla definizione di "mente extracerebrale". Pur non essendo strettamente necessaria all'economia di questo lavoro, questa piccola digressione pare utile al fine di indicare la giusta collocazione dei temi affrontati, attraverso l'indicazione esplicita di alcuni dei livelli logici sottesi.

Tale breve digressione, peraltro, consente di introdurre il concetto secondo cui, in tutte le culture, la famiglia... "imprime un senso di identità nei suoi membri. L'esperienza dell'identità umana si fonda su due elementi: un senso di appartenenza e un senso di

differenziazione. Il laboratorio in cui questi ingredienti si mischiano e ripartiscono è la famiglia, matrice di identità”... (Minuchin, 1982).

Il senso di identità, in altri termini, si può definire come definizione di Sé, risultante dalle molteplici combinazioni di definizioni delle altrettanto molteplici relazioni, nella serie infinita di interazioni, che nel processo, continuo, di definizione delle stesse relazioni, assume forma, attraverso l’attribuzione di caratteristiche, di stigma, nelle varie dimensioni etico/valoriali, di qualità psicologiche, di capacità, di funzionamento normale.

Il senso di identità si forma attraverso un processo che avviene all’interno della famiglia, attraverso cioè, l’appartenenza a quella famiglia. Un’evidenza empirica è rintracciabile nei processi di allevamento e socializzazione dei bambini.

Successivamente il senso di identità integra la sperimentazione di appartenenza ad altri gruppi, sistemi, cioè la differenziazione dalla famiglia.

L’interazione tra “appartenenza” e “differenziazione”, determina, nel corso del tempo, lo svilupparsi del senso di Sé, che cambia e rimane costante. E risente, peraltro, dello spiegarsi di una delle altre funzioni che la famiglia svolge: il continuo adattamento ai mutamenti sociali. Attraverso movimenti accomodativi e/o assimilativi, in relazione ai mutamenti della società, e alla ineludibile necessità della famiglia di trovare un adeguamento.

3. La Famiglia come Sistema.

Utilizzando i contributi della Teoria Generale dei Sistemi e della Cibernetica di I livello, si può descrivere la famiglia come sistema.

Le caratteristiche fondamentali di questo sistema sono: la famiglia è un sistema aperto ed è in continua trasformazione; ha un'evoluzione nel tempo, un peculiare ciclo vitale; svolge le funzioni descritte in precedenza.

Un siffatto modo di intendere la famiglia, consente di valutarne, attraverso l'osservazione, la struttura. Intesa come ripetizione di interazioni tra i vari membri, che appunto si strutturano, sono cioè ripetute nel tempo e sono indipendenti dal contenuto dell'interazione.

Tali modalità di interazione sottendono quando, come e chi interagisce con chi. Per esemplificare, si pensi al modo, assai frequente in cui i figli interagiscono con il padre, passando attraverso la madre. Spesso le richieste dei figli sono ascoltate dalle madri, e passano al padre quando figli e madre non trovano l'accordo e non mantengono il consueto equilibrio. Può accadere che il figlio o la madre ricorrano al padre, che a volte ignaro, assume una funzione riequilibrante la relazione madre – figlio, dalla quale è pressoché escluso. In generale si può affermare che tali modelli comportano la definizione di gerarchie e di funzioni.

In particolare, nelle singole famiglie, costituiscono una vera e propria peculiare fisionomia.

Tutte le famiglie funzionano nello stesso modo, cioè costituiscono una struttura, nel senso sopra descritto; ogni famiglia esprime sue proprie modalità che la differenziano da altre famiglie. La struttura, piuttosto che l'attribuzione e la percezione di presenza di "problemi", differenzia anche in termini di adeguatezza, la funzionalità delle famiglie.

La famiglia si organizza in sottosistemi.

Ogni membro della famiglia appartiene a più sottosistemi. La nascita di una famiglia, cioè la sua costituzione, e lo spiegarsi del suo ciclo vitale, comporta un'evoluzione e una differenziazione del sistema familiare in una serie di sottosistemi.

E' esperienza comune che la famiglia si formi attraverso la costituzione della coppia. E' altresì superfluo ricordare quali funzioni assolva questo evento.

Al suo avvio la famiglia coincide con il sottosistema dei coniugi. Si omette, sottolineandone, però, l'importanza, una descrizione dei rapporti tra i coniugi e le rispettive famiglie d'origine. Ogni nuova famiglia rappresenta, infatti, un'evoluzione di due altre famiglie.

La nascita di un figlio determina la realizzazione di una nuova fase. Il sottosistema coniugale deve differenziarsi e costituire il sottosistema genitoriale. Il figlio deve interagire con i genitori ed essere escluso dal mondo della coppia coniugale. Il sottosistema genitoriale deve svilupparsi per modulare i bisogni del figlio che cresce e le richieste sociali concomitanti, attraversando tappe importanti, e, a volte, culturalmente determinate. Si pensi al significato del primo giorno di scuola. Si pensi al momento in cui al figlio si concede o si rifiuta l'uso del motorino.

La presenza di più figli comporta la costituzione del sottosistema dei fratelli, importante luogo di sperimentazione della azione in un gruppo di pari e in assenza dei genitori.

Il ciclo vitale, come è intuibile, mediamente comporta il ritorno alla coincidenza tra sistema familiare e sistema coniugale. Questo progressivo articolarsi della famiglia, può, a volte, comportare dei veri e propri blocchi. Le famiglie chiedono aiuto, anche a causa del presentarsi di tali blocchi. La presenza di un membro che esprime sofferenza psicopatologica, può essere il correlato indicatore di una difficoltà evolutiva.

Ovviamente, il funzionamento familiare, anche attraverso il differenziarsi in sottosistemi, è correlato al contesto sociale e storico. Alle tensioni e difficoltà esterne la famiglia deve saper fare fronte. A volte non vi riesce. Spesso le tensioni interne non trovano i giusti equilibri. E a volte, un membro della famiglia, porta tali tensioni nei sistemi sociali dei quali è parte. Questi sistemi sociali, a volte, non possono far fronte a tali tensioni. Ciò al fine di ricordare come la famiglia non è una struttura astratta, ma in continua interazione con altri sistemi. Ad esemplificare, si pensi al rapporto scuola – famiglia, e non sarà difficile intuire come a volte la famiglia deve contenere tensioni “della scuola” e altre volte la scuola deve fare i conti con tensioni “della famiglia”.

Una siffatta chiave di lettura consente di allargare l'ottica e di osservare l'individuo, riconnettendolo ai diversi contesti di appartenenza, all'interno dei quali, si possono individuare, permettendo di agirle, più possibilità di cambiamento, essendovi più

risorse di quante ne possedga un individuo, e permettendo margini di cambiamento più ampi di quanto ne siano consentiti al singolo.

La differenziazione dei sottosistemi è mantenuta dai confini. I confini consistono in regole che definiscono quali sono i membri che compongono il sottosistema e il modo con cui vi partecipano.

Le famiglie possono presentare confini chiari, diffusi, rigidi .

I confini chiari consentono ai membri di un sottosistema di agire senza interferenze, mantenendo efficaci contatti con i membri che non fanno parte del loro sottosistema. Due fratelli potranno stabilire, per esempio, chi per primo usa un videogioco, tale decisione può implicare livelli conflittuali, e un genitore presente non interviene. Entrambi i fratelli, peraltro, sanno di poter, e possono, contare sul genitore.

I confini diffusi comportano livelli di grande coinvolgimento tra i membri della famiglia, i confini si confondono. Nel conflitto ipotizzato nell'esempio precedente, il genitore prenderebbe immediatamente parte. Spesso, in queste situazioni, i compiti a casa dei figli, diventano compiti a casa per i genitori. Una moglie delusa dal marito può trovare consolazione in un figlio. Usando una metafora tratta dalla pratica professionale, queste sono famiglie che vivono come se stessero in un ascensore, in uno spazio ristretto, ciascuno a contatto con l'altro. Il respiro di uno passa rapidamente ad un altro. La comunicazione si confonde. E' difficile ogni cambiamento e adattamento. Questo funzionamento si definisce invischiamento.

I confini rigidi, al contrario, comportano una difficoltà di passaggio della comunicazione. I membri di un siffatto sistema acquisiscono maggiore possibilità di movimenti autonomi, ma l'eventuale tensione di uno di loro stenta a varcare i confini. La famiglia non risponde. Non ascolta. I genitori si accorgono che il figlio ha problemi a scuola quando apprendono della sua bocciatura. Questo funzionamento definisce le famiglie come disimpegnate.

Tutte le famiglie possono essere collocate su di un continuum che va dai confini rigidi a quelli chiari sino ai confini diffusi.

Un adeguato funzionamento della famiglia, implica una prevalente presenza di confini chiari.

Questa chiave di lettura permette di considerare gli eventi, i problemi, le difficoltà, ma anche le risorse, le potenzialità, mantenendo una visione che connette gli individui ai contesti di vita, piuttosto che alla considerazione di un individuo astratto.

L'adattamento familiare può non risultare efficace, il funzionamento familiare può non essere adeguato. La valutazione di tale evenienza, nell'ambito delle teorie sistemico – relazionali, viene effettuata dai rispettivi punti di vista.

In ogni caso è possibile affermare, che il terapeuta debba cercare e mobilitare le risorse familiari. Deve saper cercare e adoperare le leve terapeutiche che si trovano nel sistema terapeutico, costituito dalla famiglia e dai terapeuti. Non deve chiedere alla famiglia di adattarsi al modello teorico di riferimento o al modello di famiglia ideale, da un punto di vista valoriale, culturale, religioso, che può, anche implicitamente, possedere. Il terapeuta deve saper entrare, nella realtà familiare e farsi occasione di cambiamento. I contenuti del cambiamento appartengono alla famiglia.

La famiglia chiede aiuto avendo già una sua definizione del problema. Frequentemente è stato individuato, designato un membro, un paziente. Cioè, un membro della famiglia è portatore di disagio, di problema, di sintomi, di “malattia psichica”. Una vasta gamma di comportamenti, di “caratteristiche”, di problematiche che vanno da problemi di controllo educativo, difficoltà scolastiche, lavorative sino, frequentemente, a sintomi individuali che trovano classificazioni nella psicopatologia tradizionale. Nella visione della famiglia, un proprio membro è portatore di un qualche stigma. E la soluzione cercata, si riferisce al cambiamento di quel membro; cambiamento che, magari, riporterebbe la situazione allo stato anteriore all'emergere dei sintomi, a quando “tutto andava bene”.

Altre volte la definizione del problema, è riferita più esplicitamente ad una relazione disfunzionale.

Una coppia può chiedere aiuto in un momento di crisi. L'esperienza di terapeuta consente di dire, che frequentemente, le coppie presentano una situazione in cui, uno dei due, o ciascuno dei due nei confronti dell'altro, è designato attraverso una qualche connotazione negativa: “Se tu non fossi così, tutto andrebbe bene”.

L'aiuto può essere richiesto perché i genitori non “sanno come fare” con uno dei figli. Anche in questo caso la richiesta implicita è di “cambiatelo”, “fategli fare ciò che è giusto, ma che non vuole o non è capace di fare”.

Altre volte l'emergenza, la definizione del problema e, magari, la richiesta di intervento, avviene in un sistema esterno alla famiglia. Si pensi, ad esempio, alla scuola. Si pensi ai meccanismi che portano gli insegnanti ad interagire con famiglie e équipe specialistiche in

concomitanza di una difficoltà di un alunno. Il panorama potrebbe allargarsi, la lista allungarsi.

In ogni caso, le risposte che le famiglie possono ottenere, sono, come intuibile, le più svariate: dai farmaci, alle varie forme di psicoterapia, a interventi educativi e rieducativi, a consigli morali.

Spesso il tentativo di risolvere il problema, diviene esso stesso problema.

Bisognerebbe aprire un'enorme parentesi per definire che cosa è il cambiamento, la guarigione, cos'è la risoluzione.

L'esperienza personale consente di affermare che la famiglia liberamente cerca la soluzione, che tale azione di ricerca, può rappresentare una risorsa importante. Il terapeuta deve, saper agire nel processo di ricerca, lasciare libera la famiglia, le persone, facendosi usare, sapendo, cioè, essere tappa importante di un viaggio.

La meta del viaggio la sceglie la famiglia.

4. Le Storie.

L'intendimento è di raccontare delle storie, e la loro scelta non è stata semplice, dovendo rivolgersi a genitori, insegnanti, giovani colleghi e colleghi esperti.

In genere nelle comunicazioni congressuali, nelle pubblicazioni si presentano esempi di terapia che hanno avuto successo.

Ma se non si confrontano i successi con gli insuccessi non si impara molto, la ricerca non progredisce:

Nell'ambito sistemico - relazionale, solo recentemente, e va riconosciuto merito agli autori, sono state pubblicate ricerche e riflessioni sugli insuccessi. E sui rischi iatrogeni della psicoterapia.

La scelta si è, perciò, indirizzata verso situazioni viste nel loro svolgersi.

Il tentativo è stato quello di mostrare, ovviamente con gli occhi del terapeuta, cioè con la sua descrizione, lo svolgersi dell'interazione tra chi chiede l'intervento e il terapeuta stesso.

Piuttosto che focalizzare l'attenzione sulle tecniche.

Spesso, infatti, la rendicontazione delle psicoterapie ripropone una causalità lineare, il terapeuta agirebbe sulla famiglia cambiandola. Descrive, cioè un terapeuta attivo e un oggetto passivo, la famiglia.

Piuttosto che sottolineare gli esiti positivi o negativi che siano.

Come già accennato, nella pratica professionale personale, si è sedimentata l'idea che le persone, alla fine, prendono dalla terapia ciò che possono, e nei limiti di una peculiare potenzialità, ciò che vogliono.

Questa idea implica la costante consapevolezza di essere in una relazione circolare e che la richiesta di terapia assume significato nel percorso che le persone, le famiglie, intraprendono. Ricercando le proprie soluzioni.

In tale ottica, si possono e si debbono controllare i rischi dell'onnipotenza terapeutica.

Si assume la consapevolezza di essere una stazione di un viaggio, che la famiglia ha intrapreso.

E forse, la soluzione ricercata consiste nella stessa possibilità di fare il viaggio. Il rischio è costituito dal bloccare il viaggio, facendolo svolgere in un percorso ripetitivo, rigido. O fermare il

treno su un binario morto. Impedendo o impedendosi le possibilità di viaggiare.

Si risponde così alle domande circa i pericoli che il terapeuta possa imporre la propria “ideologia” di famiglia, attraverso il riconoscimento che il viaggio è della famiglia.

Altresì è sembrato opportuno scegliere delle storie che avessero, tra i loro protagonisti, dei bambini. In ossequio al tema centrale riferito all’infanzia. E per le stesse ragioni, le storie implicano le relazioni tra famiglia e scuola. L’altra caratteristica delle storie, che si vuole evidenziare, si riferisce alle modalità dell’intervento terapeutico, che si articola in più contesti.

La terapia familiare, infatti, nel contesto tradizionale, implica uno spazio organizzato, consistente in una stanza nella quale avviene l’incontro tra famiglia e terapeuta. Questa stanza è collegata ad un’altra stanza, in cui opera un supervisore, o un gruppo di supervisione, mediante uno specchio unidirezionale e un sistema di microfoni. A ciò si accompagna un sistema di videoregistrazione.

Questo contesto strutturato, trova diverse modulazioni, per esempio nel numero di terapeuti nella stanza, a seconda dei modelli teorici utilizzati.

L’intervento, però, può essere agito anche in contesti non strutturati, in altre parole fuori dalla stanza di terapia, in contesti non esplicitamente definibili come terapeutici.

Le storie scelte costituiscono un esempio d’intervento in contesti non terapeutici.

L’altra scelta che occorre fare si riferisce al tipo di descrizione. Da dove partire? Dalla descrizione dei sintomi soggettivi, che trovano classificazione nella tradizione della psicopatologia, e quindi descrivere casi? E i relativi interventi come necessitati dall’oggettività del sintomo? O partire dalla domanda e tentare di descrivere, consapevole dell’autoreferenzialità, un processo?

La scelta è caduta sulla seconda ipotesi. Quanti lo desiderano potranno sforzarsi di rileggerle alla luce della diagnostica classica, che se usata nella consapevolezza della sua parzialità e provvisorietà, può essere una bussola utile.

A volte, però, e nelle situazioni complesse più frequentemente, tale bussola conduce ad un binario morto. Impedisce il viaggio.

Può produrre relazioni terapeutiche che rischiano di cronicizzarsi; può mantenere il problema, il sintomo, piuttosto che

promuovere il cambiamento. Definendolo, implicitamente, impossibile. Le persone, che in questo caso sono definite pazienti, sovente, aderiscono a tale definizione.

Tale valutazione non nega la complessità delle situazioni, dei problemi o, se si preferisce dei sintomi. Invoca, invece, approcci che facciano emergere tale complessità; approcci nei quali il terapeuta sappia, e voglia, dichiarare i propri limiti, e i limiti delle sue teorie.

4.1 La Prima Storia

La storia di quest'intervento si colloca agli inizi degli anni 80. L'intervento è svolto nell'ambito dell'attività di psicologo in una équipe che si occupava dell'inserimento scolastico, e della riabilitazione di alunni portatori di handicap.

E' stato quello un periodo molto intenso e interessante.

La scuola era attraversata da grande fermento e da grande preoccupazione. La scuola, infatti, era arrivata ad essere uno degli strumenti della deistituzionalizzazione, e doveva adeguarsi, innovando e adattando le proprie risorse, i propri strumenti, la propria organizzazione.

In tali circostanze si diffusero le esperienze di collaborazione tra scuola ed équipe composte da medici, psicologi, pedagogisti, terapisti della riabilitazione, educatori ed assistenti sociali.

E' disponibile un'ampia letteratura che offre valide chiavi di lettura della interazione scuola - équipe. Ai fini del presente contributo è sufficiente sottolineare come spesso équipe e scuola si accordavano per una collaborazione più ampia, che comprendeva più vaste aree del disagio psicologico.

L'istituto scolastico, all'interno del quale si svolgeva l'attività di psicologo, era una scuola elementare.

Il rapporto con il Capo d'istituto e gli insegnanti era sereno. Lo psicologo si era prodigato a concordare una chiara definizione del rapporto, contribuendo alla realizzazione di regole condivise.

In tale contesto, giunse una richiesta di intervento psicologico riguardante un'alunna frequentante una terza classe.

La richiesta era formulata dall'insegnante di classe, allora non c'erano i moduli. Una signora alle soglie della pensione, molto vivace e disponibile a mettersi in gioco.

Lo psicologo, come consuetudine, incontrò l'insegnante, che espose il suo problema concludendo con un invito ad "Esaminare la bambina e ad aiutarla".

L'insegnante riferiva che la bambina si assentava spesso. Quando riusciva ad andare a scuola, a metà mattino, era preda di un feroce mal di testa, vomitava e si agitava.

A quel punto l'insegnante chiamava un bidello, che sempre più svogliatamente, si recava in segreteria, dove qualche impiegato aveva l'onere di telefonare alla mamma della bambina, che prendeva la macchina, abitava alla estrema periferia della città, e si recava a scuola. Prendeva la bambina e la riportava a casa.

Chiedendo di esplicitare le ragioni delle assenze, l'insegnante riferiva allo psicologo, quanto appreso dalla mamma, cioè che tutto andava bene sino all'arrivo dello scuolabus. La bambina era già pronta, lavata, vestita, aveva fatto colazione, aveva preparato libri e quaderni. Ma appena arrivava lo scuolabus, la bambina diventava sintomatica, nel modo sopra descritto. Lo scuolabus ripartiva senza la bambina, la madre si preoccupava e rimetteva la bambina a letto, prendendosene cura.

Tutto ciò andava avanti dall'inizio dell'anno scolastico. Le notizie così dettagliate, l'insegnante, le aveva raccolte dalla madre della bambina, che, diligentemente, con regolarità, si recava a scuola per dare giustificazione delle assenze.

Ormai la mamma aveva messo in atto tutte le indagini che il medico di base aveva prescritto. Si erano escluse le eventuali cause organiche. La madre si mostrava, all'insegnante, disperata e impotente. Come l'insegnante, che a sua volta doveva fare i conti con il protrarsi delle assenze.

Su queste ragioni l'insegnante si conquistò il consenso della mamma della bambina, al fine di una segnalazione allo psicologo.

La madre rispondeva, quindi, alla situazione, sempre nel medesimo modo, cogliendo un'apparenza d'incomprensibilità del comportamento della figlia, e rivolgendosi al medico, all'insegnante e, per il tramite di questa, allo psicologo, chiedendo di guarire, cambiare, capire la figlia.

Raccolte queste informazioni, che cosa si poteva fare?

Una prima ipotesi poteva essere quella di sottoporre la bambina all'osservazione, studio, visita psicologica. Magari dopo un colloquio con la madre o con entrambi i genitori. Fino ad allora, nel racconto dell'insegnante, il padre non era mai comparso. Attraverso la valutazione della bambina si sarebbe potuto rendere comprensibile l'emergenza soggettiva, i sintomi; si sarebbe potuto produrre un buon profilo di personalità, una buona diagnosi psicologica. Si sarebbe

potuto cercare “nella mente della bambina” le risposte agli interrogativi che venivano posti. La scelta fu diversa.

Anziché vedere subito la bambina, decontestualizzando i “sintomi”, forte, di una diagnosi differenziale già effettuata, e perché, in ogni caso, era sempre richiesta, la presenza di un genitore al momento del primo contatto diretto con un bambino, chi scrive, si ripropose l’obiettivo di ridefinire la domanda dell’insegnante, preparandosi a calibrare un successivo intervento.

Lo psicologo partiva da un’ipotesi riguardante il rapporto scuola– famiglia, cioè insegnante – madre della bambina.

Il confine tra questi due sistemi si era, a mano a mano, caratterizzato in termini di invischiamento. La preoccupazione della madre era passata all’insegnante. Quest’ultima svolgeva la sua azione secondo la descrizione della situazione fatta dalla madre, piuttosto che secondo le regole proprie della scuola. Rispetto alla presenza / assenza della bambina in classe, l’insegnante era ormai impotente spettatrice del sintomo, riproponeva in classe l’interazione che la madre aveva a casa con la figlia.

Madre e insegnante erano partecipi della stessa epistemologia.

Lo psicologo rassicurò l’insegnante, mettendo a disposizione l’intervento della “équipe”. E, contemporaneamente, cominciò a restituire competenza all’insegnante. “Facciamo insieme, io posso fare se tu fai”. Implicando la possibilità e l’utilità dell’azione dell’insegnante. La prima richiesta fu di “mantenere il proprio punto di vista” circa la necessità della frequenza scolastica, ovviamente mantenendo il contatto affettivo positivo con la bambina.

Rispetto al presentarsi del comportamento sintomatico, fu chiesto all’insegnante di preparare una tazza di camomilla, e di rassicurare la bambina, dicendole che quella bevanda calda le avrebbe fatto certamente bene. In realtà lo psicologo cercava una strategia per liberare l’insegnante. Un insegnante che, come già detto, ci sapeva fare. Liberare l’insegnante da una sorta di mandato che aveva ricevuto dalla madre: “Poiché mia figlia sta male, rimandamela a casa appena dice che sta male”.

Tra l’altro, se l’insegnante non avesse avuto un suo disagio, non avrebbe chiesto l’intervento psicologico.

Lo psicologo cominciava a rendere possibile l’avvio di ipotesi di cambiamento. E con la prescrizione descritta avviava una ridefinizione della descrizione del problema. Mantenendo,

comunque, inizialmente, l'insegnante in una funzione di accudimento.

Anche perché, tante volte questa insegnante, era stata tentata di dire alla bambina: "Ora basta, resta in classe!". Ma il testimone che aveva preso dalla madre, bloccava questo tipo di risposte. Poiché lo psicologo le offriva una via di uscita, accettò, pur chiedendo - "Ma quando sta male, male?" - e lo psicologo - "Cosa fai quando un bambino sta male, male?" - e l'insegnante - "Quando mi accorgo che un bambino sta male, che diamine!, mi rivolgo al medico, se è urgente, e comunque, non mi perdo". Lo psicologo - "Bene, se la bambina starà male, fai le cose che sai fare; chissà quante volte le hai fatte" - lei - "Eh, sapessi..." - lo psicologo - "E allora, che cosa ne so io, tu sei più esperta di me sul che cosa fare quando un alunno non si sente bene". Quindi si chiese all'insegnante di dire alla madre che lo psicologo e "l'équipe" erano disponibili a dare un aiuto, e che si erano presi degli accordi. La settimana successiva, nell'ambulatorio sede dell'équipe, si presentò la madre, descrisse il problema, con grande preoccupazione e agitazione. Chiedeva conferma della disponibilità ad occuparsi della situazione. Nel frattempo, da due o tre giorni, la bambina aveva trascorso l'intera giornata a scuola. La disponibilità, ovviamente, fu data, e come si fa in questi casi, si accompagnò tale disponibilità alla formulazione di una previsione, secondo la quale, prima di scomparire per sempre, questi comportamenti, potevano ancora, per qualche volta, ripresentarsi.

Il colloquio si svolse alla presenza dell'insegnante, e fu l'occasione per intervenire sui confini tra scuola e famiglia.

Alla madre si prospettò la possibilità di una consulenza, magari allargata al marito, e nel frattempo le fu suggerito di assicurare la bambina e di "metterla" comunque sullo scuolabus, convenendo che, a volte, "alle madri toccano compiti difficili".

Dal colloquio con la madre emergevano una serie di ipotesi riguardanti l'assetto della famiglia di questa bambina. Prospettando una disponibilità futura, si offriva a questa madre, a questa famiglia, la possibilità di rimodulare il proprio viaggio, prefigurando un'altra stazione, si ampliavano le possibilità di trovare soluzioni. Intanto la bambina continuò a frequentare la scuola. Non so se la famiglia ha mai più ricercato una soluzione attraverso una terapia strutturata.

La cosa che merita di essere sottolineata in questa storia, e che serve ai fini di questo contributo, è lo svolgersi del processo di designazione che passa dalla famiglia alla scuola, e

l'esemplificazione di intervento in contesto non terapeutico. Se lo psicologo avesse, come primo atto, esaminato la bambina, non ridefinendo la domanda dell'insegnante, anche lo psicologo, probabilmente, sarebbe stato inglobato nel processo di designazione.

L'intervento ha aperto nuove possibilità di soluzioni. L'intervento di ridefinizione permise alla madre e all'insegnante di dare, comunque, un nuovo ascolto alla bambina

4.2. La Seconda Storia.

Questa situazione intende esemplificare un intervento di terapia familiare, realizzato in un servizio pubblico, e connesso ad un intervento nell'ambito del contesto istituzionale, una scuola, da dove venne operato l'invio.

L'intervento fu effettuato insieme alla dott.ssa Anna Annicchiarico, Psicologa – Psicoterapeuta, con la quale, chi scrive, condivide un'esperienza di lavoro presso un Centro di Salute Mentale. La complessità di un siffatto Servizio è nota. Ampiamente studiate sono le difficoltà connesse alla presenza di diverse epistemologie, di diversi modelli teorici e diverse tecniche.

In tale ambito si è riusciti, comunque, ad organizzare un'attività strutturata di Terapia Familiare, potendo disporre di stanze attrezzate e del supporto di personale di assistenza. Tenendo sempre debitamente conto dell'analisi del contesto di cui l'attività è parte.

Al Servizio giunse una telefonata del Direttore Didattico di una Scuola Elementare, che preannunciò una richiesta, di valutazione ed eventuale terapia, da parte dei genitori di un alunno frequentante la quinta elementare. Definì la situazione dell'alunno come difficile, preoccupante, tanto da rendere complicato il compito delle insegnanti. Chiese un impegno, lui aveva parlato con i genitori che convenivano su tale opportunità, preannunciò che i genitori sarebbero, certamente, venuti. Li aveva inviati perché aveva buone informazioni sugli psicologi del Servizio. Dopo qualche ora telefonò la madre del bambino. Si fissò un appuntamento.

La famiglia era composta dal marito, quaranta anni, artigiano; dalla moglie, trentanove anni, contadina; dal primogenito, undici anni, frequentante la prima media; e dal secondogenito, dieci anni, frequentante la quinta elementare. I due ragazzi: vivaci, curati, molto simili nell'aspetto. Nella sua prima ipotesi il terapeuta s'interrogò sull'inviante, sul perché la famiglia fosse venuta: “Saranno venuti in ossequio al Direttore o sono portatori di una propria domanda?”; “Il

Direttore, attraverso l'invio, a quale problema vuole trovare risposta?"

Durante il primo colloquio, entrambi i genitori convennero sulla necessità di un aiuto. Il secondogenito aveva difficoltà a scuola, dove si esprimeva con grande aggressività, spesso chiedeva di tornare a casa, a metà mattina; se contrastato “esplosiva in crisi di ira e ansia”. A casa, invece, alternava comportamenti aggressivi, a esplicite preoccupazioni riguardanti lo stato di salute della madre. Di notte, sovente, si alzava, entrava nella stanza dei genitori per accertarsi che la madre fosse viva.

Gli insegnanti non sapevano più come comportarsi, i genitori erano preoccupati, il padre diceva: “ Non ne posso più.”. Il Direttore, coinvolto in un incontro madre – insegnanti, aveva proposto l'intervento dello psicologo, e, quindi, aveva fatto l'invio. Tutti gli adulti tendevano a spiegare il comportamento del ragazzino correlandolo alla morte del nonno materno, avvenuta da più di un anno. “Da quando è morto mio padre” – diceva la madre , “Da quando è morto il nonno.”- dicevano il padre e il fratello, “Non si è più ripreso” - dicevano tutti.

Si concordò un ciclo di psicoterapia, strutturato secondo i canoni tradizionali. I terapeuti si preparavano ad interventi di ridefinizione della realtà familiare, interventi sulla struttura familiare e a valutare quale intervento operare nei confronti dell'inviante.

Nelle prime sedute regnava una grande confusione. Questi ragazzini, simpatici, intelligenti, si muovevano in continuazione, si rincorrevano, gridavano. Stavano seduti i primi minuti della seduta. E durante quei minuti, il più piccolo appariva imbronciato, cupo. Quando la terapeuta, che era in stanza con la famiglia, si intratteneva ad interagire con il padre, tutti e due sembravano scoppiare. Il secondogenito si alzava e cominciava il caos. Il padre, mentre parlava con la terapeuta, ogni tanto intercalava “state zitti” rivolto ai figli. Quando si spazientiva e provava a urlare minaccioso (in quel momento era molto arrabbiato), la madre lo bloccava dicendo di non “urlare”, e riferendosi al più piccolo aggiungeva che “così lo fai stare peggio”, accadeva che il più grande si metteva seduto e il più piccolo scoppiava in lacrime inconsolabili, miste a ira distruttiva. Mentre i genitori si scambiavano accuse reciproche, la retroazione terapeutica consistette in un intervento in seduta, con cui la terapeuta intendeva avviare un processo di detriangolazione, riaffidando competenze al padre. A tal fine, bloccando la madre, in una situazione in cui i figli

replicavano la confusione descritta, invitava il padre a farli stare seduti. Il tentativo ebbe subito successo con il primogenito. Il figlio più piccolo, invece ebbe una reazione violenta, buttò all'aria le sedie, impose a tutti di andarsene. La terapeuta, continuando a bloccare la madre, proseguì con l'invito al padre "faccia stare seduto questo figliolo", in maniera gentile, ferma, monotona. I minuti trascorrevano lenti. Il padre era paonazzo. Alla fine si alzò, prese di peso il figlio, e lo mise sulla sedia, interrompendo gli infruttuosi tentativi di controllo verbale. E gli altrettanto infruttuosi tentativi di convincere la terapeuta dell'impossibilità della richiesta. Il ragazzino smise di urlare.

Nelle sedute successive, entrambi i figli mostrarono la loro competenza sui contenuti della realtà familiare. La terapia faceva il suo corso. Si riscontravano esiti positivi. Ma restavano da sciogliere, i nodi del contesto di invio. Oltre tutto, la famiglia segnalava che alcuni nodi persistevano.

Inoltre gli insegnanti dovevano compilare una nota relativa al passaggio del loro alunno alla scuola media, ed erano in difficoltà. Ancora una volta, il Direttore pensò di sottoporre la questione agli "esperti", e chiese il consenso alla famiglia. Si fissò, perciò, un appuntamento con il Capo d'Istituto e si incontrarono le altre insegnanti di classe. Per brevità si fa solo un cenno sulle dinamiche tra le tre insegnanti, e sulla relazione Insegnanti - Direttore . Appariva evidente che le insegnanti avevano lagnanze circa la formazione della classe, ricostituita un paio di anni prima, e sugli oneri pesanti cui erano andati incontro. Appariva evidente che il Direttore era spesso assillato "dal problema di questo alunno".

L'intervento tenne conto di tutto ciò. Degno di nota era il rapporto insegnanti - famiglia. Si registrava la ridondanza secondo la quale a giustificare e spiegare i comportamenti del figlio, si presentava la madre. A rivendicare i diritti del figlio, si presentava il padre. Di ciò si tenne conto, offrendo il nostro impegno. Il Direttore tirò un sospiro di sollievo e le insegnanti videro riconosciuta la loro difficoltà. Si propose una rimodulazione nel rapporto con i genitori, che accettarono. Il problema contingente, non certo irrilevante, era costituito dal modo in cui presentare l'alunno alla scuola media, avendo già nei mesi precedenti, inviato una nota circa "le difficoltà" dello stesso. I terapeuti temevano il perpetuarsi di un contesto di designazione. Si propose, e si decise, di inviare la nuova nota accompagnandola con una relazione "specialistica", che

riconoscendo “il difficile periodo trascorso”, fosse ridefinitoria della precedente.

La terapia proseguì.

Ad un controllo dopo un anno e mezzo, si sono riscontrati sviluppi positivi.

Anche questa storia è servita ad illustrare come l'intervento psicoterapeutico, secondo l'ottica relazionale, si è rivolto al contesto. In questo caso al contesto famiglia e al contesto scuola.

E come in questi stessi contesti si possono trovare efficaci leve terapeutiche.

4.3. La Terza Storia.

Questo intervento si svolse esclusivamente in uno studio professionale, in un contesto chiaramente definibile come terapeutico.

La storia si riferisce ad una bambina di sette anni frequentante la seconda elementare. Già sottoposta a varie visite e diagnosi. Tutti i professionisti consultati, concordavano nel constatare il disturbo di “mutismo elettivo”. Il problema si era presentato in prima elementare. La bambina non aveva frequentato la scuola materna. E nell'età prescolare era definita molto chiusa, timida, sensibile. Il primo contatto avvenne telefonicamente con la madre. Chi rispose al telefono omise di raccogliere le prime notizie e registrò soltanto, che questa signora “vuol far vedere” sua figlia dallo psicologo. Al primo appuntamento si presentarono la madre e la bambina. Il terapeuta salutò la madre, e all'oscuro della situazione, si rivolse alla bambina salutandola: ricevendo in risposta il silenzio. E ottenendo che la madre cominciasse il suo racconto, autocompatendosi, avendo nello stesso psicologo la prova della giustezza della sua preoccupazione.

Chiedendo di voler capire cosa avesse questa sua figlia, riferì che la bambina parlava soltanto con lei, quando erano sole, e con una maestra, attraverso il citofono di casa.

Ovviamente chi scrive ascoltò con grande attenzione questa descrizione, chiedendo spiegazioni sull'uso del citofono. Apprendendo che, in prima elementare, una delle insegnanti di classe, si era recata presso l'abitazione della bambina, per dare una comunicazione ai genitori, e che la bambina, sola in casa, aveva risposto, pensando fosse la mamma. Da allora, periodicamente, l'insegnante usava il citofono per “scambiare qualche parola” con la propria alunna.

Si fissò un'altra seduta di valutazione, convocando il resto della famiglia. Nella prima occasione il padre era rimasto ad aspettare in macchina.

Alla seduta successiva si presentarono padre, madre, e la bambina. La sorella sedicenne, e il fratello venticinquenne, sposato, non erano venuti perché impediti da altri precedenti impegni. Le presenze e le assenze, ovviamente forniscono preziose indicazioni sulla struttura familiare. Si formulò una prima ipotesi di contratto terapeutico, ridefinendo la domanda che si riferiva alla valutazione dei comportamenti sintomatici. Si avviò il ciclo di sedute. Si era alla fine di novembre, il terapeuta aveva di fronte a sé un sintomo fortemente strutturato, e mantenuto sia nel contesto familiare, sia nel contesto scolastico, ed era a caccia di leve terapeutiche. In quella fase risultava difficile allargare il setting alla famiglia intera e alla famiglia d'origine della madre, peraltro la diversità di età, dei tre figli, lasciava intravedere l'esistenza di una particolare struttura. La bambina non partecipava al sottosistema dei fratelli. L'ultimogenita partecipava ad una relazione padre – madre – figlia, che escludeva gli altri. Inoltre era evidente l'invischiamento della madre nella propria famiglia d'origine, da ciò l'ipotesi di allargamento del setting.

Il terapeuta, su quel versante, decise di aspettare. In realtà si rischiava un'impasse.

Si approssimavano le vacanze di Natale e la madre esprimeva un'ulteriore lamentazione. Ora le toccava andare a scuola a prendere i compiti per la figlia. Perché quando c'erano comunicazioni più importanti, o compiti per più giorni, era più semplice recarsi di persona. La madre andava quindi a “sentire per la figlia”, o andava a “parlare per la figlia”.

Già in precedenza il terapeuta, si era posto il problema del contesto scuola, e cogliendo l'occasione, essendo come già detto alla ricerca di leve terapeutiche, chiese ai genitori di convincere gli insegnanti, a partecipare ad una seduta. E prima delle vacanze di Natale ci fu una seduta con i tre insegnanti di classe.

Apparve chiaro che fra di loro ci fossero “divergenze di vedute”. La più anziana era molto seccata e sfidava apertamente il terapeuta – “l'esperto è lei” – lasciando peraltro intendere, la sua valutazione del problema. L'unico uomo, evitava di schierarsi, e se costretto, si schierava con la più anziana. La terza era “la più disponibile”, era, l'insegnante del citofono. Sapeva tutto sul “mutismo elettivo”,

cercava alleanza nel terapeuta e conferma della propria azione educativa.

Erano d'accordo sulla valutazione "dell'intelligenza della bambina", che faceva i compiti in forma scritta, e bene. L'insegnante disponibile, però, era contestata, perché troppo tenera, forse, secondo l'opinione della più anziana, occorrevo maniere più forti.

La risultante definizione della bambina oscillava tra le diverse definizioni di "malata", "psicologicamente debole", "viziata".

La seduta fu più lunga del solito. Perché gli insegnanti, probabilmente non avrebbero più raggiunto l'accordo necessario per tornare.

Il terapeuta provava a introdurre nuove regole nella struttura familiare e nel sistema educativo. Provava, inoltre, a proporre ridefinizioni del sintomo, interventi sulla realtà familiare e interventi rivolti al gruppo degli insegnanti.

Ma, forse, il terapeuta commise l'errore di accettare le tante sfide che gli si portavano. E cominciò, comunque, a pensare ad un intervento strategico sul sintomo. Provò a fare interagire tutti con la bambina, ovviamente senza esito alcuno. Ma osservando la comunicazione non verbale, tra madre e figlia, ipotizzò che l'intervento, che, comunque, costituiva un ennesimo tentativo di ridefinizione del sintomo, doveva necessariamente passare attraverso quella relazione, prendendo la forma e il contenuto, di un permesso dato dalla madre alla figlia. E allora fu chiesto alla madre se lei avrebbe avuto piacere nel sentir parlare la figlia in presenza di altri, e se le voleva permettere di parlare con gli altri. All'assenso della madre, seguì un lungo "monologo", in cui la madre, così come richiesto, provava a convincere la figlia. Fino a quel momento la madre, in seduta, aveva chiesto alla figlia, soltanto, "Perché non parli?". La seduta si concluse. E in verità il terapeuta si sentiva frustrato.

La seduta successiva era fissata per i primi di gennaio. Presenti, nuovamente, padre – madre – figlia. La madre era raggiante, il padre meno triste del solito. Con grande vivacità, la madre raccontò che, una sera tra Natale e Capodanno, erano tutti riuniti (con tutti, intendeva la propria famiglia d'origine e la famiglia nucleare), per passare insieme la serata, giocando a tombola. E la bambina le aveva chiesto di "chiamare il tombolone". Parlando così davanti a tutti. La madre proseguiva dicendo che avrebbe ringraziato a vita "l'inventore

della tombola”, perché tutti gli anni la bambina si era sforzata di “chiamare i numeri” e questa volta ci era riuscita.

Il terapeuta pensò che l’ultima seduta qualcosa aveva smosso. Che un cambiamento si era innescato. Per prevenire un futuro ripresentarsi della situazione, si congratulò e si affrettò a dire alla madre di andare piano, di rispettare i tempi della bambina, di chiedere con saggezza.

Le sedute proseguirono fino al numero concordato. Il comportamento sintomatico non si ripresentò.

Da questa storia si potrebbero trarre numerose riflessioni. Ma per lo scopo prefisso è sufficiente sottolineare come anche di fronte ad un sintomo strutturato, l’intervento terapeutico si è orientato ai diversi contesti e alle relazioni.

5. Conclusioni.

Inevitabilmente il racconto dei tre interventi rimanda ad una serie di questioni complesse, già segnalate. Fornisce l’occasione per interrogarsi sul senso della “patologia psichica”, sui concetti di cura e cambiamento. Permette un’ulteriore riflessione riguardante i presupposti teorici della psicoterapia e, quindi, della stessa psicoterapia familiare ad orientamento sistemico – relazionale.

Al fine di districarsi nel complicato labirinto di tali presupposti teorici e delle conseguenti pratiche operative, si possono utilizzare, correndo il rischio della genericità, le più generali considerazioni del “sintomo” che attualmente la cultura scientifica presenta.

Come è noto, da un lato, le culture organicistiche valutano il sintomo come esito di un fattore intraindividuale organico. I sintomi sono classificati, secondo canoni che, se pur mutevoli, sono classici, alla stessa stregua di una qualunque malattia. Essendo, secondo tali culture, i sintomi, esito di una qualche compromissione organica.

Altre culture valutano il sintomo come espressione di conflitti intraindividuali, presupponendo una causalità psichica, spiegandoli.

Nell’ambito sistemico – relazionale il sintomo è connesso al sistema, all’interno del quale risiede la sua ragion d’essere.

Nelle attuali grandi direttrici teoriche, riguardanti la terapia familiare, alle quali già si è fatto cenno, si assiste ad un importante dibattito, le cui conseguenze, ovviamente, offrono diverse possibili valutazioni del sintomo. Ma tutte lo riconnettono ad una qualche

dimensione e funzione del sistema famiglia o dei sistemi allargati. Giungendo, alcuni, a considerare il sintomo come una sorta di costruzione culturale – sociale.

A queste considerazioni si correlano le valutazioni sul concetto di “guarigione”. Si comprende agevolmente che tale definizione è correlata ai modelli “intraindividuali” e all’oggettivazione del sintomo.

In terapia familiare si adopera il concetto di cambiamento. Riferendosi, nuovamente, al dibattito ricordato prima, discende che la valutazione del cambiamento non è univoca.

In ogni caso è utile ricordare, che anche il cambiamento è, comunque, riferito al sistema.

Pertanto, pur nella diversità dei modelli e dei livelli teorici, il terapeuta familiare si propone, agisce, retroagisce, al fine di occasionare un cambiamento che porti ad una nuova fase in cui il sintomo non serva più.

Ciò comporta un mutamento di posizione del terapeuta, dell’operatore che passa dalle ipotesi sintetizzabili nella domanda “che cosa ha? (il paziente – l’individuo)”, al “che cosa chiede?”, al “chi chiede per chi?”, al “che cosa posso fare?”, “insieme a chi?”. Queste domande, in breve sintesi, rappresentano una delle possibili mappe che il terapeuta può usare. Questa è la mappa adoperata negli interventi descritti. Una delle mappe possibili perché, come più volte ribadito, nell’ambito delle teorie sistemico – relazionali, esistono numerosi modelli di intervento. E si assiste ad un progressivo loro modificarsi, riarticolarsi e per certi aspetti, diversificarsi.

Anche questo dato, se approfonditamente analizzato, condurrebbe da un lato a dover esplicitare posizioni critiche rispetto ai percorsi di ricerca, e dall’altro a riproporsi ulteriori fondamentali questioni.

Occorrerebbe, infatti, ulteriormente riflettere sulla difficoltà di procedere verso una integrazione delle conoscenze in teorie generali. Riconnettendo, ad esempio, gli studi clinici e i relativi modelli teorici, alle acquisizioni delle varie discipline della psicologia.

Le teorie relazionali, certamente trarrebbero grande impulso, assumendo un ruolo più importante, rispetto ai sistemi culturali generali, all’interno dei quali i meccanismi di designazione trovano agevole accoglienza.

Facendo ricorso all’esperienza personale, sia permesso sostenere, che i modelli teorici sono una buona mappa che orienta il

terapeuta. Ma il terapeuta non deve innamorarsi della propria mappa. A rischio di costringere la famiglia a adattarsi, al fine di confermarla. E nell'ambito della propria mappa, il terapeuta familiare deve sempre saper fare ipotesi e verificarle.

Le famiglie giungono a chiedere aiuto per tante ragioni, e provenendo da diversi percorsi, cioè da tanti tentativi di soluzioni. Portando molteplici domande.

La fase di lettura di tali domande è il bandolo che il terapeuta familiare può utilizzare.

Nella esperienza personale si pone molta cura in questa fase che è, sia di valutazione, che di intervento. Che include la valutazione dell'invio, ipotesi sul significato della richiesta di aiuto, letta anche come mossa nella strategia della famiglia, che conduce ad interrogarsi sul perché le famiglie chiedono aiuto e quando. E riscontrare come le risposte che potrebbero darsi, a tali domande, sono spesso, non correlate alla gravità dei sintomi individuali, come molti si aspetterebbero.

Attenzione è posta ai precedenti tentativi di "cura", intesi nel più ampio panorama dei precedenti tentativi di soluzione dei problemi, di cui spesso le richieste e risposte di cura diventano parte integrante.

Attenzione è posta alla valutazione del contesto terapeutico, delle leve in possesso del terapeuta nei diversi contesti operativi, pubblico, privato, nelle possibili definizioni di contesto terapeutico o di consulenza.

Questa valutazione tiene costantemente conto che tra famiglia e terapeuta la relazione è di tipo circolare. Che la famiglia filtrerà il contributo del terapeuta. Che famiglia e terapeuta cooperano, sono compartecipi dello svolgersi del processo terapeutico, essendo legati da relazioni ricorsive.

Nella esperienza personale, piuttosto che ricercare le cause, si ricercano le possibilità di cambiamento. Assumendo, come tutti i terapeuti familiari, una posizione di rispetto delle scelte valoriali, culturali, ideologiche, religiose e razziali delle famiglie.

Non nascondendosi dietro un atteggiamento asettico, anaffettivo, ma assumendo la responsabilità del proprio sentire, la responsabilità del ruolo professionale. Consapevole nell'uso di Sé in terapia.

Considerando ogni famiglia, nella sua peculiarità, una risorsa per i propri membri.

Come già detto, utilizzando ipotesi costantemente verificate, avendo la serenità di saperle abbandonare.

In tale contesto di intervento i bambini trovano il loro spazio, rappresentando, essi stessi, un attivo patrimonio di risorse, potendo essere considerati nella propria soggettività.

Si restituisce, in tal modo, significato ai loro comportamenti, connettendoli ai comportamenti degli adulti e ai correlati significati.

Adulti e bambini insieme, nelle relazioni, negli scambi di comunicazione.

Bambini che hanno la propria parte, e la recitano, con competenza, nel copione familiare.

Bibliografia

Bateson, G., (1976), *Verso un'ecologia della mente*, Adelphi, Milano.

Bateson, G., (1984), *Mente e natura*, Adelphi, Milano.

Bianciardi, M., Telfner, U., (1995), *Ammalarsi di psicoterapia*, Franco Angeli, Milano.

Boscolo, L., Caillè, P., Cecchin, G., Hoffman, L., Keeney, B.P., Malagoli Togliatti, M., Selvini Palazzoli, M., Telfner, V., (1983), *La terapia sistemica*, Astrolabio, Roma.

De Giacomo, P., (1986), *Sistemi finiti e interazioni infinite*, Franco Angeli, Milano.

De Shazer, S., (1986), *Chiavi per la soluzione in terapia breve*, Astrolabio, Roma.

Minuchin, S., (1982), *Famiglie e terapie della famiglia*, Astrolabio, Roma.

Minuchin, S., Fishman, H., C., (1982), *Guida alle tecniche della terapia della famiglia*, Astrolabio, Roma.

Minuchin, S., Nichols M. P., (1993), *Quando la famiglia guarisce*, Rizzoli, Milano.

Keeney, B. P., (1985), *L'estetica del cambiamento*, Astrolabio, Roma.

Keeney, B. P., (1992), *La terapia e l'improvvisazione*, Astrolabio, Roma.