

Psicosi e misconoscimento della realtà

Matteo Selvini

Premessa

In questo articolo cercherò di precisare alcune idee cliniche e teoriche che spero possano essere utili per un qualche rilancio della investigazione sulle radici psicologiche relazionali dei più gravi disturbi mentali (psicosi). È nostra ipotesi di ricerca l'essere la psicosi manifesta l'ultimo anello in un'inconscia ed autodifensiva catena di sofferenze intergenerazionali.

Il processo patogenetico familiare è caratterizzato dal rifiuto di riconoscere la sofferenza relazionale, con esiti che possono essere spesso, almeno in parte, adattativi nella prima e seconda generazione, ma con risultati deleteri al livello della terza generazione che invece esprime uno o più membri psicotici. Tra negazione della sofferenza e *misconoscimento del-*

la realtà, che vedremo in seguito ricorrente in tale casistica, esiste un nesso affettivo-cognitivo fondamentale: ad esempio, l'idealizzazione della propria famiglia di origine e di se stessi nella seconda generazione (genitori del paziente) è connessa al bisogno di occultamento della patologia del rapporto tra la seconda e la terza, cioè all'occultamento dei danni reali involontariamente inflitti dai genitori ai figli che diventeranno psicotici.

La colpevolizzazione del paziente

Storicamente questa nostra investigazione s'inscrive in una lunga, anche se assai controversa e contraddittoria, tradizione storica. Seguendo ad esempio Bowlby (9) ci richiamiamo esplicitamente al Freud pre-svolta del 1898, e cioè alla sua teoria della seduzione (trauma reale) nell'infanzia delle pazienti isteriche. Tale teoria freudiana può essere considerata il capostipite di un filone di ricerca sui disturbi mentali che fundamentalmente muove dall'idea di una *incompetenza dei genitori*, e quindi dell'assunto primario del paziente come vittima, seppur non certamente passiva, di un maltrattamento psicologico.

Dopo il 1898 Freud iniziò a sviluppare quel modello pulsionale che, ipotizzando istinti primari di tipo libidico ed aggressivo, rovesciò quell'assunto primario di alleanza con il paziente in una sua sostanziale colpe-

MATTEO SELVINI

Psicologo, Nuovo Centro per lo Studio della Famiglia, Milano.

Questo articolo è frutto del lavoro in équipe dello scrivente con Mara Selvini Palazzoli, Stefano Cirillo e Anna Maria Sorrentino. Voglio ringraziare i colleghi del Centro di Terapia dell'Adolescenza di Milano: G. Cambiaso, G. Cereda, M. Ceriotti, C. Nosenigo, F. Mazzucchelli, G. Rangone ed i colleghi che hanno lavorato con me sul tema del misconoscimento: P. Brusa, S. Cutrufello, C. Lupo, F. Tonetti, R. Vella, V. Zagaria.

volizzazione. Il paziente era casomai vittima delle sue proprie cariche istintuali. Il ruolo patogenetico delle inadeguatezze genitoriali veniva così ad essere rinnegato e confuso. È questa la concezione dell'uomo colpevole di cui ha genialmente discusso Kohut (19) in contrapposizione con la sua idea di uomo tragico.

Di tale colpevolizzazione del paziente è emblematico il caso Schreber, laddove la paranoia è attribuita ad una pulsione omosessuale rimossa, nel totale occultamento delle pratiche sadiche cosiddette pedagogiche utilizzate a suo tempo dal padre del paziente. Ma la colpevolizzazione del paziente è implicita in tutto il modello pulsionale ed edipico, ed ha trovato una sostanziale continuità nella teorizzazione della Klein con i concetti di invidia e di latente crudele.

C'è quindi una sostanziale omogeneità di fondo tra modello pulsionale e modello biologico nell'ipotizzare un fondamentale deficit (difetto) strutturale del paziente (in termini appunto istintuali, o di vulnerabilità, o di disfunzione organica genetica/cerebrale).

Il filone dell'incompetenza genitoriale

Nella storia della psicoterapia, in particolare a partire dagli anni '50, è stata fondamentale una linea di ricerca che si è invece esplicitamente richiamata all'idea di una inadeguatezza genitoriale come causa della patologia dei figli. Sul versante della terapia individuale (e della prospettiva diadica) possiamo citare Frieda Fromm Reichmann (14) (con il suo famosissimo concetto di madre schizofrenogenica), Bowlby (9) (con i suoi fondamentali studi sull'interazione madre-mammone), Arieti (5), Kohut (19 e 31) e, più di recente, Alice Miller (22).

Le teorie e le osservazioni cliniche di tali autori sono altrettante pietre miliari nella ricerca sulle psicosi, benché, purtroppo, inficiate da alcuni errori teorici di fondo. Ci riferiamo soprattutto alla epistemologia lineare di tipo meccanicistico che prospetta una sorta di causalità diretta del tipo: la patologia individuale

di un genitore (o dei genitori) è causa della patologia del figlio.

Un tale modello lineare è stato dimostrato errato dalla pratica clinica in quanto non in grado di spiegare con chiarezza due comunissimi e fondamentali fenomeni:

1) la presenza in una stessa famiglia di figli schizofrenici e di figli relativamente sani;

2) il fatto che genitori apparentemente normali avessero figli schizofrenici e che genitori palesemente disturbati avessero figli relativamente sani.

Arieti e Kohut, ad esempio, nello studio di pazienti narcisistici o borderline, avevano già riscontrato patologie dei genitori di tale gravità da rendere evidente come per spiegare patologie ancor più devastanti, come la schizofrenia, occorresse far riferimento ad altri fattori causali, oltre a quello della patologia dei genitori.

La ricerca sulla famiglia prende storicamente le mosse proprio da questo vicolo cieco. Il gruppo di Bateson, nel famoso saggio del '56 (6) (parallelamente alle ricerche del gruppo di Wynne, 32) teorizza un nesso eziopatogenetico tra schizofrenia e particolari modalità di comunicazione intrafamiliari. La concezione triangolare di Haley (16) secondo la quale il figlio non reagisce tanto ai singoli genitori quanto alla relazione tra loro, è un balzo geniale. È questa la fondazione teorica della terapia familiare sistemica, ed il passaggio fondamentale dal modello lineare a quello circolare.

La ricerca familiare sulla schizofrenia

Gli anni '50-'60 sono così stati fertilissimi di ricerche eziologiche relazionali sulla schizofrenia. Potremmo suddividere schematicamente tali studi in due filoni.

1) *Gli studi più propriamente sistemici, basati sullo studio della famiglia nell'«hic et nunc».* Sono questi gli studi sul doppio legame e sulla comunicazione patologica (Bateson e Wynne - 6,32) che portano, sul piano dell'utilizzo clinico, soprattutto allo sviluppo dei fondamentali concetti strutturali di alleanza, ruoli

e posizione nella famiglia. Concetto base è quello Haleyano (16) di triangolo perverso (una coalizione negata tra un genitore ed un figlio). Tutte queste teorizzazioni puntano sull'idea di una disfunzione della relazione nella coppia genitoriale e nella famiglia (vedi ad esempio pseudo-mutualità e pseudo-ostilità).

2) Gli studi che definiremo come di tipo processuale trigenerazionale con Lidz (21) (la trasmissione intergenerazionale della irrazionalità), Bowen (7) (occorrono tre generazioni per fare uno schizofrenico) ed il gruppo di Philadelphia (Boszormenyi-Nagy, Framo et al. (8) con le fondamentali esperienze cliniche di integrazione tra terapie familiari ed individuali in équipe).

La crisi della ricerca familiare sulla schizofrenia

Il rapido esaurimento di tali filoni di ricerca è un fatto storico. Tutte le pubblicazioni più significative restano datate '50-'60. La terapia familiare tende successivamente a distaccarsi dalla ricerca sulla schizofrenia e perfino, oseremmo dire, dal campo clinico in generale. Infatti i suoi leader, rinnegando il loro passato, iniziarono a teorizzare il rifiuto della diagnosi come punto di partenza ed ancoraggio della terapia. Maley sosterrà ad esempio che «il linguaggio clinico è quello della diagnosi, e tale linguaggio non solo è irrilevante per la terapia, ma arriva ad inibire il pensare del terapeuta» (17, p. 25).

In linea con i tempi la terapia familiare scivola in una sorta di antipsichiatria. È la fase dello scontro frontale (ma di tipo, purtroppo, assai più ideologico che scientifico) con la psicoanalisi e con la psichiatria tradizionale. Ed è una battaglia in gran parte perdente: purtroppo, anche sul piano istituzionale.

In questo scorcio storico, il gruppo guidato da Mara Selvini Palazzoli, nel 1975 pubblica con *Paradosso e Controparadosso* (18) una sperimentazione sulla terapia familiare degli psicotici, contributo che resta quindi ancorato allo specifico clinico e ad un'ottica di inve-

stigazione. Tuttavia quel libro è anche un segno di grossa crisi, una crisi forse emblematica delle difficoltà dell'intero movimento familiare come movimento scientifico di indagine sul *processo familiare* che conduce al sintomo.

La difficoltà di fondo è infatti quella di costruire ipotesi relazionali che spieghino in modo specifico e convincente l'insorgere di gravi disturbi psichici in un membro dell'ultima generazione.

In quel libro le ipotesi clinico-eziologiche sono infatti estremamente vaghe: restano ancorate al filone sistemico (cioè dell'*hic et nunc*) invece che a quello processuale, ed approdano solo ad una rielaborazione delle ormai sterili ipotesi comunicazioniste (23) (il paradosso), alla vecchia idea del tabù di definire la relazione, all'oscuro concetto di *-hybris-*. Pare proprio che, di fronte ad una drammatica difficoltà a capire e spiegare, l'équipe di *Paradosso e Controparadosso* stesse scivolando in un approccio di tipo pragmatico-strategico, cioè nel cercare tecniche per cambiare le famiglie anche senza capire il loro funzionamento.

A livello di comprensione/spiegazione resta però di fondamentale utilità clinica il concetto haleyano di invischiamento del figlio nel conflitto della coppia genitoriale che verrà successivamente elaborato dalla nostra ricerca clinica nel concetto di stallo di coppia (30). La logica clinico-teorica era di questo genere: a tipi diversi d'invischiamento dei figli corrispondono diversi tipi di patologie. Tuttavia le ipotesi esplicative in merito continuavano ad essere troppo vaghe e generiche. Possiamo individuare due limiti di fondo:

1) *l'olismo sistemico* che non lascia spazio al riconoscimento della diversità dei singoli membri della famiglia. Infatti le ipotesi esplicative tendono ad un generico «collettivismo»: il mito familiare, l'omeostasi rigida, le regole disfunzionali ecc.;

2) *il neutralismo circolare* per cui si persiste a mettere sullo stesso piano l'influenza dei genitori sui figli con l'influenza dei figli sui genitori. I genitori sono tanto responsabili di avere invischiato il figlio nei loro problemi

quanto il figlio è stato «stupido» nel lasciarsi invischiare (30). Ed è chiaro come questi due errori siano strettamente collegati all'incomprensione delle differenze di potere e di genere nella famiglia.

Il rischio di una sorta di causalità familiare di tipo magico in quanto lo stallo di coppia, descritto nei suoi aspetti irritanti e sgradevoli, ma non illuminato nei suoi dolorosi moventi, veniva concretizzato in una specie di ente perverso dal fascino pernicioso. Il tutto aggravato dal fatto che le caratteristiche del rapporto diadico tra il singolo genitore ed il singolo figlio furono per lungo tempo ignorate.

Olismo sistemico e neutralismo circolare ostacolano così grandemente la ricerca relazionale sulle psicosi, favorendo lo svilupparsi di altre due tendenze:

1) quella già citata di tipo *pragmatico strategico*. Per esempio, anche Mara Selvini Palazzoli, nell'impossibilità a capire, cerca di escogitare potenti strategie pratiche, che aiutino a cambiare le famiglie, nella speranza che un giorno l'aiutino anche a capire.

Emblematica, in questo senso, l'invenzione della cosiddetta prescrizione invariabile (39). È proprio per la disperazione di comprendere una certa famiglia che Selvini Palazzoli e Prata inventano una prescrizione che darà un successo sorprendente: tuttavia la famiglia cambia senza che si siano capite le modalità e il percorso delle sue relazioni patogenetiche. Si tratta di un pragmatismo strategico simile all'invenzione dei paradossi, invariabilmente basati sulla connotazione positiva di tutti i membri della famiglia, ai rituali, ad altre prescrizioni «ad hoc». Così come è di fatto simile all'idea che l'ipotizzazione, la neutralità e l'intervista circolare possono essere di per sé terapeutiche;

2) la seconda tendenza che emerge è quella del *costruttivismo radicale*. Mentre nella precedente tendenza strategico-pragmatica, l'obiettivo della conoscenza della ricerca eziologica sul processo familiare, almeno per Selvini Palazzoli, era soltanto sospeso, in attesa di una qualche illuminazione, *in questa seconda tendenza si teorizza proprio la*

definitiva rinuncia ad un tale obiettivo. Si teorizza che non esistano realtà o verità a cui approssimarsi, ma solo giochi terapeutici e conversazionali che possono ristrutturare, in modo del tutto imprevedibile, le visioni del mondo e di se stessa della famiglia, aiutandola magari a cambiare. Si vedano Anderson e Goolishian: «Non ci sono "fatti" da conoscere, né sistemi da "comprendere", e nemmeno modelli e regolarità da "scoprire"» (4, p. 378).

Si tratta, a nostro parere, di un meccanismo di difesa analogo a quello che caratterizza le stesse famiglie psicotiche: quando la sofferenza è troppo grande (l'impossibilità a capire, il senso di confusione ed impotenza) si ricorre alla negazione della sofferenza. Analogamente il costruttivismo dichiara che non c'è niente da capire, niente da imparare onde divenire esperti. In questo modo i terapeuti possono sentirsi meglio, perché sollevati dal peso della responsabilità, vuoi con la singola famiglia che rispetto all'ideale scientifico nella chiarificazione delle radici relazionali della psicosi. Non è certamente casuale che ad un simile meccanismo di difesa di tipo maniacale facciano riscontro terapie molto brevi, basate su di una cortesia che mal cela la distanza emotiva tra terapeuta e persone della famiglia. È come un rifuggire dal *soffrire insieme con loro!*

Il nostro tentativo di rilanciare la ricerca relazionale

Nel 1985 Mara Selvini Palazzoli avvia il tentativo di rilanciare un'indagine sulla patogenesi relazionale delle psicosi. Lo fa con la conferenza (poi articolo) «Verso un modello generale dei giochi psicotici nella famiglia» (30).

È un passaggio fondamentale perché con la formulazione di un modello evolutivo, in sei stadi viene abbandonato l'approccio basato sull'«hic et nunc» per mettersi in una prospettiva diacronica di tipo processuale. Contemporaneamente viene riscoperto l'individuo (grazie anche al passaggio dal concetto di sistema

alla metafora del gioco che concilia l'insieme del gioco con le mosse sequenziali dei singoli giocatori). Con i concetti di istigazione e soprattutto di imbroglio, si inizia ad abbandonare (anche se sarà duro a morire) il vecchio neutralismo circolare. Ha inizio un approccio basato sull'alleanza col paziente, inizialmente attuato in un modo troppo emotivamente anti-genitori. Per questo molti, anche giustamente (3), grideranno allo scandalo rispetto all'uso, sia pure interno al gergo dell'équipe, del termine «dirty games» (giochi sporchi), o «brazen lies» (bugie sfrontate) applicato alle modalità relazionali caratteristiche dei genitori degli psicotici.

Il misconoscimento della realtà: una svolta clinico-teorica

A partire dal '87-'88, quasi contemporaneamente all'invio all'editore del manoscritto di *I giochi psicotici nella famiglia* (30) la nuova équipe di Mara Selvini Palazzoli inizia ad abbandonare l'approccio pragmatico-strategico di terapia breve (vedi uso sistematico della prescrizione invariabile) per dare alle terapie una metodica completamente nuova: un'alleanza primariamente con il paziente, ma anche con le altre persone della famiglia, per capire insieme in che modo una sofferenza relazionale nella seconda generazione ha involontariamente prodotto una sofferenza ancora più grande e psichiatricamente evidente nella terza (24).

Inizia uno sforzo per capire insieme, soffrendo insieme, attraverso terapie che possono anche essere di lunga durata (infatti alcune terapie, iniziate allora, sono tuttora in corso).

È solo recentemente che, certamente anche sotto l'influenza degli scritti di Alice Miller (22), inizia ad acquisire centralità clinico-teorica il concetto di idealizzazione dei genitori da parte del figlio. In una serie di casi, soprattutto di tipo anoressico o bordeline, l'alleanza con il terapeuta aiuta il paziente a ribellarsi, in modo sano, contro genitori precedentemente idealizzati. La messa in crisi di tali ge-

nitrici, la loro depressione costruttiva¹, sembra corrispondere ad eccellenti progressi terapeutici del paziente.

Emerge con stupefacente ripetitività e chiarezza una caratteristica dei genitori di questi ragazzi psicotici: la loro negazione di importanti sofferenze personali e di coppia.

È il caso ad esempio del padre di Antonio, un grave efebrenico, ventitreenne, il quale si presenta come uomo solido ed equilibrato, pilastro portante di una famiglia disastrosa, dove anche la moglie è una depressa psicotica. Viene smascherato un segreto familiare (un segreto solo per Antonio) riguardante il suicidio del padre, atto minuziosamente preparato, ed attuato lanciandosi, circa vent'anni prima, nel vuoto con l'auto. Sopravvisse miracolosamente, con gravissime ferite. I segni della sofferenza negata del padre emergono in tutta evidenza nel lavoro di seduta. Ciononostante, egli continua a negare ogni nesso tra il suo suicidio ed una intellorabile sofferenza relazionale (lasciava la moglie gravida, con Antonio di un anno!). Testardamente quanto assurdamente spiegava il suo gesto con la sola difficoltà a pagare certi debiti. Sua moglie, dal canto suo, in riferimento al periodo in cui il coniuge aveva meditato e poi attuato il suicidio, asseriva di non aver notato nulla, intuito nulla, presagito nulla del tragico stato d'animo del consorte. «A me sembrava contento...» ripeteva candidamente. E aggiungeva che quello era stato, per lei stessa, il periodo più felice della sua vita!

Il blocco affettivo di questi genitori, centrato sulla negazione della loro sofferenza relazionale, è quindi proprio massiccio, e tale da generare dei veri e propri misconoscimenti della realtà. Tuttavia quello che è un parziale rimedio per il genitore (inibizione del malessere) diventa un potente inganno per il figlio: Antonio crede di potersi affidare interamente ad un padre amorevole e sicuro, non può vedere quanto è invece debole, tormentato e carico di

¹ Intendiamo con questo termine l'acquisizione della capacità di autocriticarsi e di comunicare agli altri e al figlio paziente, la propria autocritica in modo non solo verbale o formale, decidendo e mettendo in atto, di conseguenza, comportamenti anche emotivamente diversi.

furie terribili! *L'auto-inganno del padre diviene un imbroglio affettivo per il figlio.*

Il concetto di misconoscimento della realtà può così forse consentire di trovare una via di uscita da quel vicolo cieco in cui Fromm-Reichmann, Arieti ed altri si erano ritrovati: nel processo familiare non è tanto la patologia del genitore che conta, quanto l'occultamento della sofferenza. Si veda ad esempio un caso presentato da Arieti nel suo libro *L'interpretazione della schizofrenia* (5). In termini narrativi egli descrive un caso di schizofrenia raccontatogli da un fratello del paziente, un nevrotico in analisi da lui. Ampiamente si diffonde sulla patologia sadica del padre da lui sfogata specialmente sui figli, anche se non risulta deducibile perché un figlio divenne schizofrenico e suicida e l'altro soltanto nevrotico. È quasi per caso, *en passant*, che Arieti riferisce in qual modo il suo cliente fosse venuto assai presto a conoscenza di come suo padre, mitizzato in famiglia come un eroe della resistenza anti-nazista, fosse stato in realtà un poveretto imbroccato. Ma il fratello schizofrenico, che non l'aveva mai saputo, era vissuto nella confondente idea di un padre grandioso!

Il misconoscimento non è la causa della psicosi

I segreti familiari che escludono il paziente, neanche segreti particolarmente «tossici» possono essere, *in se stessi*, la causa delle psicosi. Il segreto familiare è solo un sintomo relazionale molto importante. Dell'argomento «segreti» mi occuperò in un prossimo articolo, che ho in preparazione. Nemmeno il misconoscimento può essere, in se stesso, un fattore causale nelle psicosi. Lo definirei piuttosto un potenziale fattore di rischio psicotico. Tutti hanno avuto esperienze, anche in contesto non clinico, di figli che manifestano una visione altamente idealizzata o comunque distorta dei propri genitori, e che tuttavia, non sono affatto psicotici. Il misconoscimento diventa pericoloso allorché si crea una situazione di stress in cui le aspettative nutrite dal soggetto in merito alla relazione con lui di quel genitore (o di

quei genitori), aspettative che hanno acquisito per lui un vitale valore di sopravvivenza psicologica, vengono patentemente deluse. Ad esempio Antonio, fino al momento dello scompensamento schizofrenico, è stato certamente sofferente a causa del pessimo legame con una madre depressa e rifiutante. Tuttavia egli ha mantenuto un certo equilibrio grazie proprio alla potente idealizzazione del padre. È solo in un momento evolutivo particolare (il primo allontanamento da casa per un corso di studi) che la situazione di angoscia che sta vivendo lo porta a scontrarsi con la totale incapacità di suo padre a riceverla. Ma l'acuta disperazione che ne consegue, non potendo essere accettata ed elaborata mentalmente, viene invece agitata nella dissociazione schizofrenica (i suoi stessi pensieri diventano voci allucinatorie).

In molti casi gruppi di fratelli condividono le medesime illusioni idealizzanti relativamente ai loro genitori, e ciò nonostante presentano patologie del tutto differenti per gravità. A livello familiare i fattori causali delle psicosi crediamo vadano ricercati in una *complessiva deformazione del percorso evolutivo* a partire dalle basilari relazioni di attaccamento (9). In questo percorso hanno un ruolo determinante le peculiari aspettative o proiezioni (18) di cui i diversi figli saranno oggetto da parte di genitori e altri familiari. Si pensi ad esempio al caso di un bambino strumentalizzato in un'inconscia battaglia tra adulti, uno dei quali gli ha attribuito, molto precocemente, una intelligenza eccezionale, ma solo per usarlo contro qualcun altro. Se le proiezioni sono invece di tipo negativo, si veda Gordon (25): «La gravosa idealizzazione della propria famiglia di origine porta allo spostamento dell'oggetto cattivo sul coniuge o su un figlio». Nel processo evolutivo il misconoscimento della realtà è quindi uno degli aspetti; l'individuo reagisce anche ad eventi casuali, quali ad esempio una contingenza stressante che lo obbliga a scontrarsi con la sua eventuale disperazione dei genitori.

I «giochi familiari» (cioè la deformazione evolutiva) presenti laddove troviamo uno schizofrenico non sarebbero allora qualitativa-

mente e formalmente diversi da quelli che troviamo con pazienti borderline o anoressici, ma solo estremizzati in senso più distruttivo.

I processi di misconoscimento: uno schema su cinque livelli

Al di là del fatto che i processi di misconoscimento non sono in se stessi *la causa* delle psicosi, ci pare tuttavia interessante farne un approfondito oggetto di indagine.

Come ho già detto il concetto di misconoscimento nasce da una generalizzazione di quello di idealizzazione. Idealizzazione è un classico concetto psicodinamico, ripreso da Alice Miller. La Miller, infatti, traduce il concetto di idealizzazione in senso relazionale, andando al di là della tradizionale accezione intrapsichica di tipo Kleiniano.

Per la Klein infatti l'idealizzazione è un meccanismo di difesa che il paziente utilizza per tenere a bada le sue pulsioni aggressive nei confronti dell'oggetto. Noi non vogliamo affatto negare questo aspetto, cioè il bisogno del paziente di salvare i propri genitori, ma, con la Miller, vogliamo sottolineare il versante relazionale: il paziente è anche reso oggettivamente confuso da genitori che si idealizzano (se vogliamo si mitizzano) e, occultando per primi a loro stessi la propria sofferenza, occultano anche le conseguenze di tale disagio nella relazione diadica con il figlio. Così nella madre di un'anoressica (di tipo A) (30, p. 189-191) la negazione della sofferenza per essere stata da sempre schiavizzata dai bisogni emotivi del coniuge le impedisce di vedere la sua propria assenza, indisponibilità, nel rapporto con la figlia.

Per idealizzazione intendiamo quindi una visione di sé o dell'altro tutta uniformemente ed esageratamente positiva, senza coscienza di alcun difetto, e quindi senza alcuna capacità critica (o autocritica), sia in forma di biasimo che di ironia e humor. Fenomeni di questo tipo ci avevano molto colpiti, sia nei nostri pazienti che nei loro genitori. Si pensi all'autentico sconcerto o alla totale apparente sordità di molti schizofrenici di fronte al no-

stro sforzo di illuminare comportamenti inaccettabili dei loro genitori. Una sorta di autentico blocco del pensiero in soggetti che, in altri momenti, apparivano dotati di normali o addirittura notevoli capacità intellettuali. Ci avevano però colpito anche dei fenomeni, più rari nella nostra casistica, ed apparentemente opposti, di rabbioso disprezzo dei pazienti psicotici contro i loro genitori. Tali critiche apparivano però ideologiche, o insensate (del tipo «mi fai schifo come tutti i cristiani», rivolto ad una madre peraltro tiepidamente praticante).

Ma finalmente il constatare l'esistenza di pazienti che oscillavano rapidamente tra la *demonizzazione* dei genitori e l'opposta *idealizzazione* ci aiutò ad accomunare tali fenomeni sotto il denominatore comune del *misconoscimento*, cioè della incapacità di una verosimile e stabile percezione cognitiva ed affettiva di se stessi e delle figure relazionali più significative. Abbiamo così cominciato a chiederci se questi fenomeni di idealizzazione o misconoscimento fossero episodi isolati o una costante ricorrente osservabile in tutti i casi di grave disturbo psichico. Di qui procede la nostra ricerca.

Il prerequisito è quello di un contesto di psicoterapia dove si effettui una intensa e prolungata presa in carico della famiglia. Si tratta infatti di poter rilevare come i diversi membri della famiglia presentano se stessi e le loro principali relazioni familiari all'inizio della consultazione psicoterapeutica, per poi confrontarlo con quanto emerge, negli anni, attraverso un processo terapeutico che coinvolge tutta la famiglia.

Il presupposto di tale ricerca è quello di esercizi lasciati alle spalle l'insistenza di indignarci per l'apparente insincerità della famiglia. Esse «mentono» con noi esattamente come con se stesse. Naturalmente non vanno inclusi i casi di falsa motivazione o di invio coatto, e perciò di deliberata menzogna.

Abbiamo così iniziato un'osservazione sistematica (12) che ci ha portato ad una prima schematizzazione. I fenomeni del misconoscimento possono essere osservati e descritti su cinque diversi livelli:

Primo livello

Il misconoscimento relativo a come i genitori considerano le proprie famiglie di origine

Possiamo così schematizzare in due categorie i fenomeni ripetitivi di questo tipo che ci hanno colpito:

1. *L'idealizzazione totale di situazioni di grave disagio o addirittura maltrattamento.*

La madre di Sandra, una gravissima anoressica, nelle prime sedute ci parla di sua madre con grande ammirazione. È sua madre che ha allevato le sue figlie, dovendo lei stare nel negozio del marito. La paziente è infatti addirittura cresciuta fino a sei anni in casa della nonna, e le è attaccatissima. Sarà solo dopo un anno di terapia inefficace che questa donna riuscirà a comunicarci ricordi incredibili. Sua madre, rimasta incinta di lei prima del matrimonio con un uomo che la rendeva infelice, dopo le liti con lui l'aveva a volte trascinata, bambina di 7 o 8 anni, in un angolo buio della casa dove, mettendole in mano un grosso coltello, la incitava a ucciderla. «Tanto è tutta colpa tua - gridava - sei tu che mi hai rovinata per venire al mondo!». L'emergere di questi fatti ci permise di capire come l'apparente generosità della nonna verso sua figlia non fosse certo ispirata da amore, ma da rancore e spirito di competizione, che l'avevano spinta a sedurre Sandra allo scopo di istigarla contro la sua mamma.

2. *Un secondo fenomeno che ci colpisce è il diniego della sofferenza e delle inevitabili distorsioni della normale evoluzione infantile-adolescenziale provocate da condizioni familiari drammatiche.*

Scrivendo F. Fromm Reichmann nei suoi «Principi di Psicoterapia» (14). (Scrivo riferendosi ai suoi pazienti, ma per noi tutto è esattamente riferibile anche alla generazione precedente). «Spesso non sono i fatti e gli avvenimenti reali della vita passata dei pazienti ad essere da loro dimenticati, ma piuttosto le reazioni emotive che li accompagnano e che ne derivano» (p. 94)... «Esperienze troppo dolorose, o il cui ricordo susciterebbe troppe ansietà, sono state disso-

ciate o represses nel corso della vita dei pazienti, così che non è stato possibile integrarle. Repressione o dissociazione non significano, però, la scomparsa di questo materiale, ma solo l'evitarne il ricordo».

Il padre di Paolo, un grave schizofrenico cronico, ricorda certe stranezze di sua madre, che risulteranno essere state le manifestazioni di una psicosi post partum, ma le interpreta tutte in chiave positiva per lui. Esperienze che gli hanno dato divertimento, creatività. In altri casi i figli di genitori alcolisti e maltrattanti si presentano come rafforzati o indifferenti (invulnerabili) rispetto a vicende infantili drammatiche.

Secondo livello

Il misconoscimento di se stessi da parte dei genitori

1. *Come persona*

È il caso di cui abbiamo già parlato. Il padre di Antonio si presenta un pilastro, l'unica persona attendibile e valida in una famiglia disastrosa, dove la madre di Antonio è una depressa cronica psichiatrizzata, la zia paterna un'ex-schizofrenica ricoverata in Ospedale Psichiatrico, la sorella immatura e inconcludente.

Dopo alcune sedute familiari insoddisfacenti, un'altra zia paterna ci informa telefonicamente di come suo fratello, quando Antonio era piccolissimo e la moglie nuovamente incinta, avesse programmato minuziosamente il suicidio e si fosse gettato poi con l'auto in un burrone, salvandosi per puro miracolo, senza mai dare, in seguito, una ragione credibile di quel gesto.

2. *Come partner di una coppia coniugale*

I genitori di Franco, un grave psicotico cronico suicidario, si presentano come una coppia eccezionale per intensità e creatività del loro rapporto. E invece risulta che il padre aveva da sempre avuto numerose e durevoli relazioni extra-coniugali di cui la moglie non aveva mai avuto il benché minimo sospetto.

3. Come genitore

La madre di Carla, una ventitreenne affetta da esiti di una grave psicosi infantile, si presenta come una madre dedita ed impegnata. Sarà solo dopo quasi due anni di trattamento che riuscirà a confessare certi impietosi maltrattamenti sadici inflitti alla figlioletta, nonché crisi di tale perdita del controllo dell'aggressività da arrivare a bollire vivi, di nascosto, vari animalotti domestici.

Quello che è notevole di tali fenomeni di misconoscimento è il triplice fenomeno dell'inganno (nei confronti del figlio), dell'autoinganno (del genitore verso se stesso) e di collusioni nell'inganno/autoinganno da parte del coniuge.

Perché la madre di Antonio non smaschera la facciata di perfezione del marito (che pure sembra odiare)?

Come ha potuto la madre di Franco non percepire gli indizi di una simile doppia vita del coniuge?

Quanto al padre di Carla, venne fuori che egli fu talvolta presente ai sadismi che sua moglie infliggeva alla bambina. Perché li ha minimizzati o dimenticati?

Terzo livello

Misconoscimento dell'immagine dei genitori da parte del paziente e dei suoi fratelli

Abbiamo potuto osservare quattro possibili situazioni:

1. Idealizzazione

Antonio vive il padre (il suicida mancato) come un punto di riferimento essenziale, si affida a lui per tutte le cose, così come un tempo, già ragazzino, gli andava addirittura in braccio a vedere le partite in TV. Non emerge in lui alcun aspetto di critica, né verbale né agita, nei confronti del padre.

2. Demonizzazione

Sandra, l'anoressica allevata dalla nonna, esprime verso entrambi i genitori un rancore confuso e indifferenziato. I genitori sono «uno schifo», ma il discorso è tutto ideologico (attaccati ai soldi, materialisti...). Non

appare alcuna critica realistica e circostanziata, specie nel rapporto personale.

3. Oscillazioni tra demonizzazione ed idealizzazione

Pietro, un grave schizofrenico cronico, oscilla tra atteggiamenti assolutamente opposti verso ambedue i genitori: l'attacco distruttivo totale (siete dei criminali) o l'assoluta riconoscenza per la loro onestà e disponibilità (senza di voi non potrei sopravvivere).

4. Quelle situazioni, molto rare nella nostra casistica, dove il paziente sembra in grado di dare almeno una parziale *descrizione realistica* dei suoi genitori, sottolineando alcuni pregi e difetti specifici.

La nostra impressione è che i pazienti tendono soprattutto a fondere l'immagine dei due genitori, tanto più quanto più sono gravi. Nei casi meno compromessi si rintraccia invece una maggiore capacità di differenziarli l'uno dall'altro.

In casi gravi la differenziazione tra i due genitori sembra aver luogo soltanto attraverso degli agiti. Pietro ad esempio picchia soprattutto il padre, o Antonio insulta ed offende solo la madre. In questo senso verifico nei fratelli del paziente una maggiore capacità di discriminare le immagini dei due genitori ed una loro percezione più realistica.

Quarto livello

Il misconoscimento del paziente nei confronti di se stesso

Sono a tutti ben noti i fenomeni di negazione o minimizzazione dello stato di sofferenza e difficoltà che caratterizzano adolescenti borderline o psicotici. Selvini Palazzoli affermava in un recente workshop (27):

«Anche la caparbia negazione che il figlio paziente così spesso fa della propria sofferenza e della propria patologia ha la sua matrice nella stessa presunzione delle precedenti generazioni del suo gruppo, nel senso dello stesso loro misconoscimento della realtà».

Fu così che, durante una seduta in cui A.M.

Sorrentino proseguiva il trattamento della madre di uno schizofrenico cronico che rifiutava di presentarsi, io, supervisore, esultai nella certezza che il figlio sarebbe migliorato allorché quella madre raccontò alla terapeuta l'episodio accaduto il giorno innanzi. Al figlio che insisteva: «Non voglio, mamma, che tu vada domani dalla Sorrentino per imparare a fare la mamma con me, non andarci, fallo per il mio bene!», essa aveva risposto singhiozzando: «Ma io non vado a Milano per imparare a fare la mamma con te! Io ci vado per avercela io una mamma, perché non ce l'ho mai avuta!». Finalmente era caduta l'idealizzazione della nonna materna (descritta nella prima fase del trattamento come una donna deliziosa e straordinaria) e con quella cadevano le negazioni, gli occultamenti, le presunzioni, così che madre e figlio diventavano capaci di piangere insieme su quello che realmente erano, (che tutti quanti più o meno siamo): due poveri diavoli carichi di bisogni insoddisfatti, per finalmente incontrarsi nella reciproca pietà.

Quinto livello

Misconoscimento del paziente da parte dei genitori

Il processo di misconoscimento della realtà non può non coinvolgere anche la percezione che i genitori hanno del figlio. Così spesso potremo, infatti osservare ipercriticità e svalutazioni estreme, o all'opposto, incredibili sopravvalutazioni della capacità di funzionare in modo adeguato. Giacomo, un povero quindicenne chiuso e ritirato, interessato solo alla lettura degli orari ferroviari, giunto in consultazione su invio semi-coatto da parte dei servizi di territorio, era, nella percezione dei genitori, solo un ragazzo un po' timido e immaturo che certo con l'età si sarebbe messo al passo con i coetanei. Il solo nominare i termini handicap o malattia, innescava le furiose proteste dei genitori, nonostante Giacomo fosse mutatico, scolasticamente fallito, e dovesse essere vestito e lavato completamente dalla madre ogni mattina!

All'estremo opposto si colloca invece il caso

di Fabio, un ragazzo ventenne considerato dalla madre irrevocabilmente handicappato, solo perché dodici anni prima aveva avuto quell'unica crisi epilettica, ed anche se da anni gli EEC si erano normalizzati ed il Gardenal era stato sospeso.

L'interconnessione tra i vari livelli del misconoscimento

Sul piano clinico ci ha molto colpito l'interconnessione tra tali differenti livelli (10). Abbiamo spesso constatato come, allorché riusciamo ad incrinare uno dei livelli del misconoscimento, importanti mutamenti si manifestano anche sugli altri, come per una reazione a catena. Questa osservazione è fondamentale per lo studio delle indicazioni o delle strategie nella presa in carico familiare delle psicosi. Non solo perché conferma l'indispensabilità delle prese in carico di tutte quante le persone della famiglia, specie nei casi più gravi, ma anche perché ci aiuta ad inventare strategie flessibili d'accesso alla messa in crisi dei misconoscimenti delle singole persone della famiglia.

L'esperienza ci ha dimostrato che un'auto-critica costruttiva anche in un solo membro della famiglia può portare a significativi cambiamenti, anche in assenza di una partecipazione attiva alla terapia di tutte le altre persone della famiglia. Ad esempio quando la madre di Sandra, di cui abbiamo già parlato, iniziò a ricordare le violenze subite, modificò l'atteggiamento critico e negativo verso la figlia anoressica, la quale, a sua volta, iniziò ad abbandonare il diniego (*Sto benissimo!*), a simpatizzare con la madre e ad uscire dall'anoressia.

Analogamente acquisisce un senso lavorare con i familiari, anche in quei casi in cui il paziente rifiuta drasticamente ogni aiuto terapeutico.

Si tratta naturalmente di strategie (lavoro con una sola persona/lavoro senza il paziente) a cui ricorrere in seconda battuta; perché ovviamente la strategia elettiva resta quella di agire in modo specifico ed il più possibile coinvolgente su tutte le persone della famiglia,

nell'ottica di una congiunzione tra lavoro familiare e lavoro individuale (10).

Franco da anni rifiutava ogni terapia e venne faticosamente trascinato alla consultazione familiare. Nella seconda seduta ci fu la clamorosa rivelazione delle relazioni extraconiugali del padre. Franco reagì iniziando immediatamente un trattamento farmacologico ed uno psicoterapeutico individuale.

Sono queste connessioni tra livelli diversi di misconoscimento ad essere di fondamentale utilità clinica.

Nel caso di Franco non è particolarmente interessante, in se stesso, il fatto che suo padre avesse sempre avuto delle lunghe relazioni extraconiugali. Era invece interessante il fatto che il padre potesse conciliare, in perfetta buona fede, queste relazioni con un sincero amore per la moglie con cui aveva anche un'ottima intesa sessuale. Questa specifica contraddizione mostrò l'enormità della sua distorsione della realtà. E, in parallelo, quello che risultò significativo fu l'assoluta certezza della moglie nella perfezione del suo rapporto di coppia. Per questa specifica ragione, in questo caso, ri-

velare il segreto fu fondamentale per attaccare la distorsione della realtà sul livello dei genitori. Questo, naturalmente, non vale per ogni caso di relazioni extraconiugali. Spesso la conoscenza di tali relazioni non dà al terapeuta alcuna informazione in più rispetto ad un già evidente quadro di delusione coniugale.

Conclusioni

Aiutare i genitori a scoprire, accettare ed integrare le loro proprie distorsioni della realtà è un obiettivo di base della terapia familiare. Aiutarli a cambiare come persone, e quindi come genitori.

Con il superamento di importanti limiti del modello sistemico (il tabù dell'individuo e della diade), la terapia familiare è alla ricerca di concetti in grado di aiutare il terapeuta nel coniugare la dimensione individuale con quella relazionale-familiare (1 e 2). Mi auguro che anche questa rielaborazione del classico concetto di idealizzazione in misconoscimento della realtà possa essere di un qualche aiuto.

RIASSUNTO

L'autore in questo articolo rivisita in chiave relazionale il classico concetto di idealizzazione riformulato in misconoscimento della realtà. L'idealizzazione della propria famiglia di origi-

ne e di se stessi (negazione della sofferenza) da parte dei genitori del paziente psicotico occulta la disfunzione (danno) nel rapporto tra genitori e paziente. Il misconoscimento della realtà è proposto come concetto ponte per coniugare dimensione individuale e familiare.

SUMMARY

The A. of this paper revisits in a relational way the classical concept of idealization, restated as "distorsion of reality". The parents of a psychotic patient's idealizing their family of ori-

gin and themselves (negation of suffering) conceal the dysfunction (damage) in the rapport between parents and patient. Distorsion of reality is proposed as a bridge-concept to integrate individual and relational dimensions in family therapy.

BIBLIOGRAFIA

- 1) AA.VV. «Famiglia-Individuo», Numero speciale di *Terapia Familiare*, 19, 1985.
- 2) AA.VV. «Famiglia-Individuo: Scelte Cliniche»,

Numero Speciale di *Terapia Familiare*, 31, 1989.

- 3) Andersen C., «The all too short trip from positive to negative connotation», *Journal of Marital and Family Therapy*, 12, 4, 1986.