



Anna Maria Sorrentino

TEORIA DELL'ATTACAMENTO E PSICOTERAPIA FAMILIARE

Come ci siamo avvicinati alla teoria
dell'attaccamento

Abbiamo iniziato ad occuparci di Teoria dell'attaccamento, come gruppo, durante la stesura del nostro primo lavoro comune, il libro "Giochi psicotici nella famiglia" (1989). In quell'epoca sperimentavamo insoddisfazione per una visione 'giochistica' della interazione umana, che teneva più conto dei pattern della relazione che delle motivazioni, dei bisogni, dei vissuti dei soggetti interagenti. Questa insoddisfazione ci spinse a ricercare più approfonditamente le radici di quei pattern disfunzionali, 'psicotici' appunto, nel dettaglio delle storie umane dei nostri pazienti. Per questo motivo iniziammo ad abbandonare la consuetudine di compilare la scheda di raccolta dati al telefono, per sostituirla con la modalità più accogliente e più personale di una ricostruzione delle vicende del grande affresco familiare attraverso colloqui diretti con i richiedenti. Con questa nuova modalità, più centrata sulla presa in carico, l'attenzione agli aspetti individuali ed allo sviluppo delle persone diveniva parte integrante, non solo del nostro pensare, diciamo così implicito, ma anche del nostro agire terapeutico, fin dai primi contatti con i pazienti.

Ciò ha modificato anche i nostri riferimenti consapevoli ai contributi di altre teorie.

Durante i colloqui di raccolta dei dati sulle famiglie d'origine, ad esempio, introducemmo l'abitudine di invitare i genitori a parlare brevemente dei loro rapporti affettivi con le figure di allevamento, con brevi presentazioni, simili a quelle proposte da Bowlby nel suo "discorso di cinque minuti" (Bowlby 1988). I vissuti soggettivi dei genitori rispetto alla propria infanzia gettavano luci sui loro bisogni irrisolti e quindi sulle inconsce aspettative che ciascuno riversava sul partner, nel legame coniugale, e, se delusi da questo, sui figli.

Non solo, ci aiutavano anche ad essere preparati di fronte ai particolari aspetti di "misconoscimento" della propria ed altrui sofferenza (Selvini '93) che così spesso travagliano il lavoro di ricostruzione del terapeuta, lavoro che deve essere fatto per dar voce al disagio del paziente, ed essere occasione di riconoscimento del danno da lui subito nel passato.

Infatti, possiamo considerare la pubblicazione di "Giochi Psicotici nella famiglia" come un momento di viraggio nella storia del nostro gruppo, verso un'epoca di maggiore libertà e creatività.

Stefano Cirillo, Matteo Selvini ed io, ci eravamo guadagnati, con la stesura del



libro, una 'dignità' paritaria con Mara Selvini, nostra maestra e nostra guida fino ad allora. Ci sentivamo più capaci di interlocutorietà e quindi, più propositivi con lei. In particolare in quel periodo, ricordo che iniziai a fare le mie prime sedute individuali, prima con i membri della coppia genitoriale, per affrontare i nodi dello 'stallo di coppia', successivamente anche coi pazienti, per quanto gravi essi fossero.

Eravamo consapevoli del carattere di sperimentazione di questi primi tentativi, ma io ricordo l'emozione ed il piacere della libertà di muovermi al di fuori degli schemi rigidi della Prescrizione Invariabile (Selvini Palazzoli et al. '89), alla ricerca della conoscenza più approfondita delle emozioni dei pazienti, del loro significato e delle connessioni che li legavano agli eventi emotivi della famiglia. Possiamo dire che non solo la maggiore attenzione agli aspetti affettivi del passato dei genitori e dei figli, ma anche il cambiamento della prassi delle convocazioni permise di affacciarsi ad una nuova prospettiva teorica che si diresse a grandi passi verso l'integrazione con altri modelli.

In principio quello che ci imbarazzava di più era il dubbio di star avviandoci verso una sorta di eclettismo ed eravamo spesso impegnati in un'opera di traduzione in un linguaggio sistemico-relazionale delle nostre nuove prospettive, nello sforzo di mantenere una coerenza. Tuttavia la visione 'giochistica', come del resto quella comunicazionalistica, superata anni prima, ci andava ormai troppo stretta. D'altra parte, nell'ultimo capitolo di Giochi Psicotici ('89), Mara, dopo un'approfondita lettura di E. Morin ('84) ci aveva proposto il bellissimo assunto/costrutto del "pensare per andirivieni" come modalità di procedere nella nostra operatività clinica e di ricercatori.

"Pensare per andirivieni" comportava concentrarci sugli aspetti soggettivi, sui vissuti, le aspettative, i desideri, i pensieri degli individui, sul loro mondo interiore che ci avvicinava ai "modelli operativi interni" di cui parla la Teoria dell'attaccamento, per poi connetterli naturalmente, nella nostra consuetudine di terapisti familiari, con le interazioni tra i membri significativi della famiglia, ripercorrendo il tempo e la storia che li aveva determinati.

"Pensare per andirivieni" permetteva di sperimentare la libertà di introdurre nel nostro operare la ricchezza del lavoro di altri ricercatori, senza per questo sentirci vincolati ad una teoria, come nuovi proseliti. Ci permetteva di essere noi stessi, fedeli alla nostra tradizione sistemica, senza estraniarci dal dialogo con altri approcci e con il loro potenziale di arricchimento per la costruzione di un pensiero della Complessità.

IL CONTRIBUTO DELLO STUDIO DI CASI DI PSICOSI INFANTILE ALLE NOSTRE RIFLESSIONI

La mia esperienza di psicoterapeuta familiare di disturbi psicotici nell'infanzia mi aveva sempre tenuta aggiornata sulle applicazioni cliniche degli studi sull'attaccamento, in particolare in quegli anni sulle osservazioni della M. Main ('86) circa l'importanza destrutturante dell'attaccamento di tipo D (disorganizzato), come precursore dei gravi disturbi affettivi dello sviluppo. Proprio in quel periodo le mie osservazioni sui bambini psicotici ('92) avevano messo in luce la ridondanza



di una grave depressione e lutto nella madre, concomitante con il primo sviluppo della patologia nel figlio. Tale depressione poteva ben giustificare la modalità interattiva di accudimento che suscita la dimensione di attaccamento con disorganizzazione di cui parla M. Main, anche se nelle osservazioni che mi era dato di fare sui gravi pazienti bambini e sulle loro madri, i tratti distintivi di questo costrutto etiopatogenetico potevano essere rilevati solo in parte, mescolati al grave turbamento suscitato dalla patologia conclamata che si era evidenziata.

Alcune "stonature" dell'interazione intima, tuttavia, mettevano in luce sia l'intensità emotiva della relazione madre/bambino, che la discontinuità e l'incongruenza delle aspettative di cui il piccolo paziente era fatto oggetto, aspettative più appropriate ad una relazione tra adulti, che ad una relazione madre/bambino piccolo, per giunta ammalato.

La natura di queste "stonature" rimandava potentemente a riferimenti e significati della storia familiare, fonti di pesante insoddisfazione sia per quanto riguardava il rapporto della madre con se stessa, e quindi con la propria famiglia d'origine e col proprio allevamento, che della madre col coniuge, e quindi con i temi dello "Stallo di coppia" (Selvini et al. '89).

Ricordiamo tutti ancora lo stupore che ci prese quando udimmo una madre che, invitata ad esprimere i propri sentimenti al suo piccolo di quasi quattro anni, affetto da autismo, durante la prima sessione di holding (Tinbergen, Tinbergen '89), gli si rivolse con la frase sorprendente "Ricordati che ti chiami Ferdinando!" a cui seguì la stupefacente spiegazione, forse ad uso del terapeuta, "Ferdinando è maschio ed è l'unico che può portare avanti il nome per tutte le generazioni!".

Chiunque può intuire che il dialogo di questa povera ragazza con il suo bambino ammalato era travagliato da significati assolutamente impensabili per l'osservatore, carichi di incongruità e di sofferenza che impedivano a lei, che pure molto lo amava, di comprenderne i bisogni, travagliata com'era dai propri.

Sposa di un illustre rampollo, per altro considerato da tutti un adulto problematico e fallimentare, si era presa la briga di risanarlo e di dargli una discendenza, così da essere portata in palmo di mano dalla di lui famiglia, da cui aveva sperato di essere affiliata. Emersa a furia di sforzi e di applicazione dalla propria famiglia d'origine, per molti versi trascurante, si applicava a guadagnarsene una sostitutiva, come si era guadagnata tutto nella vita.

Il ritiro autistico del bambino, successivo alla grave depressione della madre per le difficoltà opprimenti della vita coniugale, rappresentava per lei la fine di tutte le speranze. Durante il lavoro riabilitativo con Ferdinando assistemmo più volte ad incongruenze impressionanti nel rapporto madre/bambino, cui facevano sempre seguito crisi psicotiche acute.

Questa donna, che a tratti mostrava una dedizione creativa per aiutare il figlio, si comportava in certe occasioni in maniera assai disturbante per lui. Di fronte, ad esempio, al primo disegno spontaneo della figura umana, che il piccolo aveva composto, ella si mise a chiedergliene una decina, in rapida successione, con modalità compulsive, alternando stupore estatico, suppliche, minacce, in uno stato quasi ipnotico che colpì così tanto la terapeuta da paralizzarla fino a quando Ferdinando non cadde in una crisi pantoclastica.



L'alternanza di condotte congrue nell'accudimento ad altre gravemente improprie, quali quella citata, avvalorata nella nostra esperienza le conclusioni del lavoro di Crittenden ('97) che le forme disorganizzate di attaccamento si intersechino con altre più tipiche e strutturate, rimanendo tuttavia assai frequenti e patogene, se legate a lutti o perdite gravi dei genitori. La perdita grave, in questo caso, riguardava la mancata affiliazione della signora nella famiglia del marito. L'osservazione dell'interazione madre/bambino e madre/propria madre, offrirono in questo caso, come in altri simili, interessanti implicazioni. Nella nostra pratica clinica, tuttavia, tali interazioni devono essere coniugate con forme di relazione frustrante marito/ moglie in atto, che, sebbene possano essere lette come risultante, a livello di coppia, dei rispettivi attaccamenti dolorosi di ciascun coniuge dentro i propri legami d'origine (Carli '95), al presente coinvolgono il bambino in sequenze almeno triadiche. Il recente lavoro di Carli " Dalla diade alla famiglia" ('99) offre a questo proposito interessanti prospettive di possibile coniugazione tra le riorganizzazioni dell'attaccamento in età adulta ed il ciclo di vita della famiglia, prospettive che il terapeuta familiare considera orientanti nel proprio lavoro di modificazione dei sistemi familiari patogeni.

La Teoria dell'attaccamento propone quindi una visione diadica della relazione umana che, nel nostro 'pensare per andirivieni' richiede di essere declinata in sequenze almeno triadiche, sia sul piano dei rapporti reali che sui piani rappresentazionali interagenti, dipendenti non solo dalla strutturazione nel tempo, ma anche da eventi casuali, al fine di meglio spiegare i dati clinici che ci troviamo ad osservare nell'interazione di seduta.

Per questo, negli anni '90 suscitò in noi grande interesse l'utilizzo dei riferimenti alla Teoria dell'attaccamento nel trattamento familiare dei gravi disturbi psichiatrici, presentato dal lavoro di Doane e Diamond ('95). In questo lavoro veniva messo in luce la straordinaria ripetitività della trasmissione intergenerazionale della sofferenza psichica, ripetitività che anche noi constatavamo.

La teoria in esame, tuttavia, si presentava semplificata per noi, rispetto alle grandi variazioni che osservavamo ogni giorno nella pratica clinica: il destino diverso dei fratelli ad esempio, entrati nella vita dei genitori in epoche diverse, spesso fatti oggetto di investimenti assai più appropriati di quelli in cui è imprigionato il paziente, riesce per noi solo parzialmente esplicito dal concetto della trasmissione dei pattern di attaccamento.

Ad esempio, una madre, evitante con il primogenito, può sperimentare una relazione ansioso-ambivalente con la figlia femmina, che le evoca importanti vissuti di identificazione proiettiva contro i quali ansiosamente, quanto inconsciamente, combatte. I due figli, con il loro sesso diverso, sono portatori di informazioni che attivano dentro di lei differenti vissuti. Essa ha interiorizzato i medesimi modelli di attaccamento, ma è indotta a mettere in atto aspetti diversi dei suoi modelli operativi interni come caregiver con i diversi figli.

Più illuminante, a questo proposito, ci sembra il costrutto di " Essere con" di cui ci parla D. Stern ('95) per definire il complesso piano rappresentazionale che ognuno di noi si trova a gestire, e di cui è parte, quando interviene in una semplice seduta di consultazione: esso è condensazione di significati assai complessi che



pongono in dialogo "l'immagine di se" con "l'immagine dell'altro".

La madre di Ferdinando, di cui abbiamo parlato, aveva anche una secondogenita femmina che, per quanto tesa ed in difficoltà, aveva certamente superato fasi assai più avanzate di sviluppo rispetto al blocco del suo più sfortunato fratello.

I temi della ricerca inconscia di riconoscimento ed appartenenza che travagliavano questa donna si facevano acuti col figlio maschio per l'interferenza di stereotipi sociali di un ordine completamente diverso da quelli dell'attaccamento, certamente attivi in modo eccessivo dentro di lei proprio a seguito del suo allevamento insoddisfacente. Le tracce di bisogni irrisolti facevano sì che le stereotipie culturali che travagliavano lei e i familiari del marito e, forse, tutta la sua comunità, avessero il potere di deprenderla del diritto e del piacere di godersi la maternità del figlio maschio.

Casi come questo ci mostrano ogni giorno la molteplicità di coincidenze che reggono la patologia: nel gioco delle probabilità esistenziali di questa donna possiamo ipotizzare che, se ad esempio, avesse avuto due femmine, forse si sarebbe rassegnata ad un ruolo marginale nel clan del marito; se poi la suocera avesse avuto un malanno che richiedeva la sua continua dedizione ed assistenza, avrebbe potuto calmarsi ed ottenere un consenso benefico e rassicurante, anche se pagato al prezzo di grandi sacrifici, o ancora, se facendo l'università avesse incontrato un'amica del cuore empatica che le prospettasse un inserimento nella propria città offrendole di condividere la propria cerchia amicale e la gratuità del supporto della propria famiglia d'origine, forse non ci sarebbe stata più dentro di lei un'ansia talmente acuta da farle perdere la testa col suo bambino.

Seguendo le storie familiari infatti siamo costantemente colpiti dal detto in voga presso i nostri figli "la Fortuna è cieca, ma la Sfiga ci vede benissimo", poiché eventi tragici si evidenziavano al di là delle intenzioni degli attori, per infauste combinazioni di eventi.

La Teoria dell'attaccamento fornisce, a nostro parere, un importante strumento, ma dobbiamo usarlo con accuratezza, non pretendendo, come spesso ci accade quando ci innamoriamo di uno spunto, di farne una panacea.

UN ESEMPIO CLINICO SU TRE GENERAZIONI

Attraverso l'analisi dettagliata di una seduta individuale con la madre di una giovane anoressica vorrei ora mostrare quale uso facciamo degli schemi interpretativi della Teoria dell'attaccamento.

La famiglia di Elisabetta non ci era apparsa particolarmente difficile quando chiese il nostro aiuto.

Secondogenita di una coppia della media borghesia, Elisabetta era una garbata, quanto magra, ragazza diciottenne: il calo ponderale serio, ma non minaccioso per la vita, la restrittività ipercontrollata, l'impegno e la capacità di studio meticoloso, l'adeguatezza della condotta e la selettiva socialità, la mostravano come una anoressica con un disturbo di personalità di tipo nevrotico ossessivo (Selvini et. al. '98)

La famiglia si presentava adeguata e collaborante. I genitori in particolare erano



privi di aspetti di sofferenza psicopatologica significativi: il terapeuta aveva l'impressione di muoversi in un universo di norma. Certo, la coppia presentava aspetti di seria asimmetria. La madre era una casalinga "DOC", dedita alla casa e ai figli, realizzata nella propria capacità di far tutto a puntino, curando i particolari piacevoli della vita familiare. All'esterno della casa si impegnava in opere di volontariato, senza però che questo costituisse un vincolo per lei che desiderava sentirsi libera. Sembrava essere a disposizione dei suoi familiari e della cerchia allargata e trattava il marito, professionista sempre impegnato, come un uomo su di un piedistallo, intorno a cui si ruota, ma con cui poco si interagisce. Lo descriveva come un uomo a cui non c'era nulla da rimproverare.

Il padre apprezzava e difendeva il proprio lavoro cui spesso dedicava anche il fine settimana e le ferie, ma la moglie ed i figli non se ne lamentavano poiché sentivano che potevano contare sulla sua interlocutorietà quando ne avevano bisogno, come dimostrava il fatto che Elisabetta, da quando era divenuta anoressica, passava con lui pomeriggi a passeggiare e a parlare dei suoi problemi.

La terapia familiare procedette per quasi un anno con netti miglioramenti dei rapporti familiari sia nel legame tra i fratelli che nel rapporto di coppia, evoluto verso un maggior equilibrio dei ruoli. L'organizzazione di personalità della paziente mostrava segni di maggior armonia: divenuta più autonoma, sociale e serena, Elisabetta era più aperta con i coetanei ed assai più capace di confronto e di intimità con i familiari, specie con la madre. La ragazza si era impegnata inoltre in una terapia individuale con una collega collaborante.

Tutto sembrava procedere per il meglio, date le ottime condizioni in cui ci trovavamo a lavorare, ma il peso della ragazza rimaneva quasi invariato.

All'interno dei colloqui individuali che io avevo promosso con la madre, com'è consuetudine della nostra prassi terapeutica, la riflessione si era articolata sui temi del rapporto della signora con i propri familiari d'origine, sull'influenza che questi apprendimenti relazionali avevano avuto sulla sua selezione di un partner prestigioso, ma poco paritario, sui rapporti coniugali, e sui differenti vissuti che suscitavano in lei i figli.

La signora si trovava bene con me, ed io con lei, e mi mostrava la sua gioia di venire ai colloqui sia dicendomelo apertamente che portandomi ogni tanto piccoli doni di ricami fatti da lei. Il nostro feeling positivo era diventato motivo di battute e di risate nella sua famiglia dove marito e figli dicevano che la signora veniva da me per "farsi mettere il turbo". La nostra alleanza terapeutica aveva favorito l'ingaggio di Elisabetta con la sua dottoressa, facendola sentire meno etichettata come la malata ed aiutandola a vivere il rapporto terapeutico come un aiuto per la sua crescita.

Durante una di queste sedute la signora mi riferì, dopo i soliti segni di miglioramento della figlia, che tuttavia non riguardavano mai il peso, una frase sibillina, detta dalla ragazza sopra pensiero, come una riflessione tra sé, ad alta voce. A seguito di un favore che la madre le aveva fatto, Elisabetta aveva detto: "Ma allora mi vuoi proprio bene!".

La madre ne fu così sconcertata che non riuscì ad esprimere alcun commento, parendole di passare il tempo a far favori a tutti, ed alla figlia in particolare, e



sembrandole di aver passato la vita a " voler bene veramente".

Ci lavorammo sopra a lungo, comprendendo che una frase sussurrata a quel modo non era una provocazione, ma certamente celava importanti significati. In particolare io mi concentravi interiormente sul mio vissuto della signora: mettendomi nei panni di Elisabetta avrei potuto aver dubbi sul sentimento che la signora provava per me? C'era qualcosa che mi sembrava oscuro nel modo di comunicare di questa donna? Mi sembrava proprio di essere anzi in una condizione opposta: ricevevo segnali quasi esibiti di legame, non solo nei piccoli doni e nelle profferte di intesa, ma anche nei segnali analogici dell'espressione del viso, del tono di voce, dell'arrivare in un breve anticipo, nonostante venisse con un treno, nello scusare con enfasi qualunque mio piccolo ritardo. Era una donna squisita, ma io, riflettendo, sentivo che non avrei avuto "voglia", ad esempio, di trovarmi in vacanza con lei, se la signora fosse stata una mia conoscente, al di fuori di un ruolo professionale: cosa me la rendeva sottilmente poco rilassante?

Faceva tutto troppo bene, era con me una "perfetta paziente"; c'era qualcosa di innaturale nel suo cercare di farmi contenta.

Ragionando con lei di questi miei pensieri, notai i primi segni di un'irritazione che non avevo mai notato. Poi spontaneamente, e con un passaggio apparentemente illogico, lei aggiunse un dato che io non avevo colto, o che forse non era mai stato detto, nonostante l'accurata raccolta dati. Lei era nata due mesi dopo la morte della sua sorella maggiore, già giovanetta. Controllando la cartella, verificai che compariva effettivamente la morte di una sorella, ma la cosa non aveva suscitato in me alcuno stupore, ritenendo comune la possibilità che una ultimogenita di famiglia numerosa, di oltre cinquant'anni, potesse aver già patito lutti. Nessuno si era preso la briga di mettermi al corrente di quella che si profilava esser stata una tragedia sia per la madre della signora, che aveva nella primogenita l'unico aiuto nella sua difficile vita di madre di una famiglia povera e numerosa, che per la signora stessa, nata nell'ombra di un così grave lutto. La signora anzi, aveva sempre raccontato la sua infanzia-come allegra perchè, sebbene fosse vissuta in una famiglia povera, non era mai mancato l'affetto dei suoi e delle sorelle cui era molto legata. Era stata una bambina senza problemi, sempre compiacente e allegra e continuava ad essere un adulto dello stesso genere.

Mentre parlava mi ricordava un caso descritto da D. Stern ('95) del neonato, figlio di una madre depressa, che "aggancia" con le sue moine ed i suoi sorrisi l'adulto di riferimento per contrastarne la depressione, per "rianimare" la madre. Ecco come mi sentivo - rianimata-

Forse era questo che mi sembrava innaturale, e che anche Elisabetta faticava a comprendere nella dedizione di sua madre: il continuo sforzo di "tener su" l'interlocutore, rispetto al quale si teme d'essere insignificanti. Questa donna pensava che io non potessi avere per lei un interesse autentico, libero dai suoi atteggiamenti compiacenti, come sua madre che, travagliata da un grande dolore, la badava solo se era necessario... o se lei riusciva a catturarne l'attenzione. Mentre le comunicavo i miei pensieri su di lei, la signora era sempre più visibilmente irritata: "seccata" come diceva lei. E aggiunse, come parlando tra sé, "Se fossi arrabbiata parlerei in dialetto". "Non lo faccio più da quando mi sono sposata, di parla-



re in dialetto, perché mio marito non lo sopporta. Se mi arrabbio e parlo in dialetto, mi esprimo in un linguaggio da stadio! Essere seccata è permesso, arrabbiata no”.

Deve essere difficile per una figlia avere intimità con una donna che non si sente mai libera di arrabbiarsi, avendo imparato a reprimere tutti i sentimenti negativi come pericolosi e inaccettabili, non solo nella sua difficile infanzia, ma anche con un marito che, sentendosi a lei superiore, si ritiene in diritto di decretare ciò che le è, o non le è, permesso. I suoi segnali affettivi devono risultare appiattiti e, in qualche modo innaturali, tanto che anche il suo bene è difficile da credere e da godere. Elisabetta, descritta come bambina facile, iperadeguata e compiacente, era il frutto della trasmissione di un dolore che, passando dalla vita di sua mamma, dalla nonna era arrivato fino a lei ed aveva inaridito la sua spontaneità che ora andava effettivamente “rianimata” per farle apprezzare il gusto della vita e del cibarsi al di fuori di schemi “giusti”, privi cioè di spontaneo abbandono.

Alla fine della seduta, il moto emotivo che caratterizzò il congedo rimase l'irritazione, che io mi affrettai ad apprezzare come un bene prezioso, e che spinse la signora a formulare il proposito di “ Sciverne quattro a sua figlia”, rivendicando un riconoscimento giusto alla sua dedizione per lei.

La lettera giunse alla ragazza che, commossa, ne fece oggetto di riflessione nel proprio lavoro individuale.

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

Il caso sopra descritto indica alcuni aspetti dell'utilizzo che noi facciamo in terapia di concetti derivati dagli studi sull'Attaccamento, che danno rilevanza ad eventi luttuosi nella vita dei genitori.

La prima domanda che occorre farsi è, nell'esempio citato, perché la signora non presentasse segnali psicopatologici nella sua propria vita, ma il danno, limitato in lei ad una certa coperta depressione, avesse interferito nell'attaccamento ai suoi propri figli, entrambi con caratteri evitanti. Il suo figlio maggiore era infatti un ragazzo per certi aspetti simile alla sorella, tra l'altro con controllo nell'assunzione di cibo di tipo assai ritualistico; tuttavia era meglio integrato e riuscito nell'interazione sociale, più in grado di godere spontaneamente della realtà. La madre aveva con lui un rapporto più ludico e spontaneo, tanto che ad una prima osservazione era sembrato il tradizionale figlio preferito.

La signora, aveva evidentemente goduto di relativi compensi emotivi, nella veste di relazioni supportive da parte delle sorelle, di cui la relazione con me terapeuta sua coetanea era modello trasferale, ed era riuscita a garantirsi uno sviluppo adeguato. Tale supporto non l'aveva messa in grado però di acquisire coscienza della propria difficoltà evolutiva, legata alla sua sofferenza di bambina, permettendole una sufficiente integrazione ed era stato, per giunta 'disattivato' proprio a causa del suo prestigioso consorte, che aveva inibito la suocera e le cognate, scoraggiandole dal frequentare la casa di sposa della signora, col proprio atteggiamento che metteva soggezione. Il suo racconto della propria infanzia risentiva pesantemente di processi di idealizzazione e di misconoscimento (Selvini M. '93)



che le avevano impedito, mancando di una competenza narrativa che ordinasse dentro di lei le sofferenze passate, d'essere congrua nel comunicare empaticamente coi propri figli, riuscendo a dar loro qualcosa di più di un 'accudimento mimato' (Cirillo et al. '96). Esplorando la Costellazione materna (Stern '95) di questa donna, ero restata assai colpita dalla mancanza di rete con cui aveva dovuto affrontare i suoi parti in giovane età. Aveva fatto tutto da sola, trovando naturale doversi organizzare, senza contare su alcuno. Questo era stato un tema trattato approfonditamente con lei come mezzo per aiutarla a de-idealizzare la figura della madre che lei tendeva a descrivere come perfetta nella propria dimensione sacrificale. L'avevo fatta riflettere sulla fantasia di fare altrettanto con la figlia, quando fosse diventata madre, per consentirle la presa di coscienza di come quello che le era accaduto fosse ingiusto e difficile. Lei ne aveva parlato con Elisabetta, rendendola partecipe di queste riflessioni ed instaurando con lei un dialogo su queste "questioni di donne" che le aveva molto avvicinate.

Il marito, scelto da lei con caratteristiche tali da fornirle valore di riflesso, ma non tale da poterle garantire una relazione intima in grado di farla sentire oggetto d'amore autentico non era riuscito a farle vivere positivamente i suoi processi di affiliazione. Si era sempre sentita la governante in casa propria, anche se non poteva ammetterlo a sé stessa, e contrastava questa luttuosa percezione portandomi, a prova, l'apprezzamento del marito per i suoi ricami, in cui spendeva molte ore della giornata, apprezzamento rappresentato dal suo farglieli incorniciare.

La figlia, come il fratello, consideravano il padre il modello da imitare ed il figlio, in una seduta con la sorella, giunse ad ammettere a sé stesso che, pur essendo consapevole che la madre lo aveva considerato il suo eletto, lui non avrebbe mai scelto per compagna una donna come sua madre.

La seconda domanda che dobbiamo porci è la seguente: se quindi le relazioni positive con le sue sorelle, pur permettendole uno sviluppo regolare, non erano riuscite ad aiutarla nelle vicende della sua maternità, come potevo sperare che il processo terapeutico avesse miglior impatto?

Ricostruire il suo primo sviluppo poteva certamente migliorare le sue capacità narrative (Holmes '97) della propria vita, aiutandola a recuperare un senso delle proprie modalità di reagire ed offrendole quindi spunti da mettere in dialogo con la propria coscienza adulta, ed eventualmente con quella della figlia, che s'interrogava, e la interrogava, sulla sua capacità di comunicare affetto attraverso i gesti quotidiani, ma quanto le avrebbe dato capacità di modificarsi?

L'irritazione che vidi comparire mi sembrò da subito una buona promessa. La capacità di arrabbiarsi con me, mentre la incoraggiavo a riflettere sulle origini dolorose della sua particolare difesa, infatti, era un fenomeno nuovo. Le avevo contestato molti atteggiamenti nelle sedute precedenti senza ottenere il minimo moto di stizza.

Apparentemente l'irritazione era un moto poco appropriato al mio empatico approccio, tuttavia mi sembrava che la signora si sentisse come 'smascherata'. In questo caso l'irritazione era una risposta congrua, e stava forse ad indicare che cessava di agire in lei una dimensione di falso Sé. La lettera che scrisse alla figlia,



riprendendo la sua frase sibillina e riuscendo ad arrabbiarsi con lei, inaugurò un periodo di maggior chiarezza nei rapporti.

Il caso volle che la signora mi incontrasse pochi giorni dopo la seduta in un contesto inusuale, nel quale io ero protagonista di una vicenda mia personale, che molto mi coinvolgeva. In quell'occasione fu capace di comunicarmi per lettera un suo autentico affetto che mi fece bene sperare sulla possibilità per lei di accedere ad una buona intimità con se stessa.

La prospettiva evolutiva connessa agli studi sull'attaccamento ci consente, quindi, di mettere a fuoco i bisogni dei pazienti umanizzando il nostro approccio con loro. Ci consente anche di rimanere in uno spirito di ricerca sugli aspetti etiopatogenetici del disagio psichico disponendo di una griglia interpretativa duttile e, ad un tempo, in grado di orientare l'agire terapeutico.

Ripercorrere la storia del paziente è fondamentale per comprendere quali bisogni sono rimasti insoddisfatti e quali difese si sono strutturate nel tempo per consentirgli di compensare le frustrazioni subite. Proprio queste difese ci appaiono alla base dei principali disturbi di personalità sottostanti i sintomi: trovare questi 'bandoli' consente di avere per il paziente un'appropriata empatia, ma anche di avviare quella necessaria dimensione autocritica nei genitori che mette a disposizione del processo terapeutico nuove risorse.

Metaforicamente possiamo dire che la corda, intrecciata col "pensare per andirivieni", a cui il terapeuta si attacca per discendere nel pozzo della sofferenza dei suoi pazienti si giova di un buon rinforzo quando utilizza la Teoria dell'attaccamento: tale corda è composta di molti cavi, e noi siamo sempre grati ad ogni nuovo apporto illuminante.

BIBLIOGRAFIA

- Bowlby J.** (1988), *Una base sicura*. Tr. it., Cortina, Milano.
- Carli L.** (1995) (a cura di), *Attaccamento e rapporto di coppia*, Cortina, Milano.
- Carli L.** (1999) (a cura di), *Dalla diade alla famiglia*, Cortina, Milano.
- Cirillo S. et al.** (1996), *La famiglia del tossicodipendente*, Cortina, Milano.
- Crittenden P.** (1997), "Attaccamento e psicopatologia". Tr. It. in Goldberg, S., Muir, R., Kerr, J. (a cura di) *Pericolo sviluppo e adattamento*, Masson, Milano.
- Crittenden P.** (1999), *Attaccamento in età adulta*, Cortina, Milano.
- Doane J.A., Diamond D.** (1995), *Affetti e attaccamento nella famiglia*, Cortina, Milano.
- Holmes J.** (1993), *Bowlby e la sua scuola*, Cortina, Milano.
- Main M., Solomon J.** (1986), "Discovery of a disorganized disoriented attachment pattern", in Brazelton, T.B., Yogman, M.W. (Eds.) *Affective development in infancy*, Worwood, Ablex.
- Morin E.** (1984), *Scienza con coscienza*. Tr. it., F. Angeli, Milano.
- Selvini Palazzoli M. et al.** (1986), *Giochi psicotici nella famiglia*, Cortina, Milano.
- Selvini Palazzoli M. et al.** (1998), *Ragazze anoressiche e bulimiche*, Cortina, Milano.



- Selvini M.** (1993), "Psicosi e misconoscimento della realtà", *Terapia Familiare*, n° 41, Marzo, pp. 45-56.
- Seassaro U., Sorrentino A.M.** (1992), "Le relazioni familiari e l'insorgere delle psicosi infantili: una ricerca", *Psicobiettivo*, vol. 12, n° 2, pp. 37-51.
- Stern D.** (1995), *La costellazione materna*, Bollati-Boringhieri, Torino.
- Tinbergen N., Tinbergen E.** (1989), *Bambini autistici. Nuove speranze di cura*, Adelphi, Milano.

RIASSUNTO. Ripercorrendo il lavoro di ricerca del gruppo, l'autore dà ragione dell'integrazione della teoria dell'Attaccamento con l'approccio familiare sistemico praticato presso il Nuovo Centro per lo Studio della Famiglia di Milano, fondato da Mara Selvini Palazzoli.

L'esperienza di trattamento familiare delle psicosi infantili ed il lavoro individuale con i singoli genitori in trattamento, oltre che con i pazienti stessi, ha permesso di apprezzare l'utilità delle idee della trasmissione della sofferenza psichica e delle forme di attaccamento attraverso le generazioni e nella formazione dei legami di coppia. La trattazione diffusa di due esempi clinici illustra l'utilizzazione terapeutica di tali costrutti teorici e la necessaria integrazione con visioni triadiche della relazione.

Parole chiave: *terapia familiare, teoria dell'attaccamento, trasmissione intergenerazionale della sofferenza, psicosi infantili, analisi dei movimenti di controtransfert, storia familiare*

SUMMARY. Examining the ideas and the activities of investigation of the team, the author discusses the integration of the Attachment Theory with the systemic family approach used at the Nuovo Centro per lo Studio della Famiglia in Milan, founded by Mara Selvini Palazzoli.

The experience of family treatment of child psychosis, the individual work with single parents during family therapy and the individual session with the patients, allowed to appreciate the utility of the ideas of the transmission of psychic suffering and forms of attachment through the generations and in the formation of couples ties.

The extensive presentation of two clinical examples explains the therapeutic utilization of these theoretical constructions and the necessary integration with triadic views of the relation.

Key-words: *Family Therapy, Attachment Theory, Intergenerational Transmission of Suffering, Child Psychosis, Understanding of Countertransference, Family History*