

Alfredo Canevaro
APPROCCIO TRIGENERAZIONALE AL LUTTO FAMILIARE
Child Development & Disabilities, Vol XXX - n. 4/2004

"Lasciamo le tristezze, tanto non tolgono niente né alla realtà né al dolore"

(Benedetto Croce- Lettera alla moglie di Piero Gobetti)

INTRODUZIONE

Questo articolo intende dimostrare come l'utilizzazione delle risorse delle famiglie di origine (FO) può essere fondamentale per sbloccare processi terapeutici familiari fallimentari o in impasse terapeutica, anche durante una psicoterapia familiare svolta solo col gruppo familiare nucleare.

Malgrado sia la famiglia il luogo naturale dove si elabora una perdita, sono stati più gli autori psicodinamici che quelli sistemico-relazionali ad affrontare questo argomento.

Si descrivono qui alcuni contributi teorici, sia di psicoanalisti che di terapeuti familiari sistemici e si riassume un consulto, con l'intero sistema trigenerazionale, in un caso di perdita traumatica di un figlio unico.

La morte ,per ogni essere umano,é uno degli aspetti della vita più difficili di affrontare. Malgrado sia un tema ricorrente di poeti e scrittori, nel mondo odierno viene trattato più come un concetto astratto o,di frequente,nella comunicazione di massa (TV,cinema,giornali,ecc), in un senso volgare e riduttivo.

Rimane però un evento difficilmente riconducibile a sé stesso.

Diceva Freud (1915) "In verità é impossibile per noi raffigurarci la nostra stessa morte e ogni volta che cerchiamo di farlo continuiamo ad essere ancora presenti come spettatori".... "Possiamo affermare che non c'è nessuno che creda alla propria morte, o detto in altre parole, che nel suo inconscio ognuno di noi é convinto della propria immortalità...." ".....Non sarebbe preferibile restituire alla morte, nella realtà e nel nostro pensiero, il posto che le compete dando maggior rilievo a quel nostro atteggiamento inconscio di fronte alla morte che ci siamo finora sforzati di reprimere accuratamente?... Il vecchio detto SI VIS PACEM PARA BELLUM sarebbe tempo di modificarlo così: SI VIS VITAM PARA MORTEM -(Se vuoi sopportare la vita, preparati per la morte)"

La vita odierna é caratterizzata dalla tecnologia come valore predominante e da un senso frenetico del tempo psicologico (tempo fast food o tempo internet). Questo vissuto del tempo nel presente lo converte in un presente puntiforme (a differenza, per esempio, degli egizi che lo consideravano in un senso allargato, come un tempo abitato dagli dei, dai morti e dai viventi).Questa caratteristica influisce sul nostro modo di affrontare il fenomeno della morte, favorendo la negazione come meccanismo di difesa predominante.

La progressiva nuclearizzazione della famiglia, nel secolo scorso, ha ristretto lo scenario naturale della famiglia allargata con più membri che costituivano un continente emozionale e psicologico più adeguato alla elaborazione di una perdita. Ci sono inoltre elementi che condizionano l'atteggiamento odierno di fronte alla morte come segnala E. Gelcer (1983)

- 1) Il miglioramento della salute e maggiori cure mediche che allungano la vita e caratterizzano lo scenario abituale delle strutture mediche, non contemplanò il bisogno di vicinanza affettiva necessaria per addolcire il trapasso. Molte persone muoiono, oggi, intubate e circondate da apparecchi o personale infermieristico, estranei a loro, senza che sia permesso un tempo per morire in uno spazio condiviso con le persone care.
- 2) Questo stesso fattore di prolungamento tecnologico della vita deforma, in un certo senso, l'esperienza della morte,favorendo un lutto anticipatorio nel prolungato periodo della malattia. Tale processo permette un aggiustamento diverso riguardo la morte repentina e favorisce un distacco emozionale graduale.
- 3) La nostra società individualista ha ridotto l'importanza del ruolo del lutto e del funerale come rituale sociale che favorisce l'adeguamento psicosociale dell'individuo e della famiglia. I funerali permettono la libera espressione del dolore e prescrivono il tempo del lutto, secondo la cultura e la religione predominante, favorendo inoltre il ristabilimento di una rete sociale e

comunitaria.

Significato etimologico del lutto in alcuni idiomi (fig.1)

Fig 1-Etimologia della parola LUTTO

<i>INGLESE</i>	<i>TEDESCO</i>	<i>FRANCESE::DEUIL</i>
	TRAUER (TRISTE)	SPAGNOLO: DUELO
		ITALIANO ANTICO: DUELLO
	Trauer tragen:portare il lutto	
-MOURNING : insieme di reazioni a una perdita. Comportamenti fisici e processo psicologico	Die TRAUER la tristezza	
Da Mornen(Old High german)	Der TRAUER il dolore,il lutto	
E dal Goth. Maurnan(essere ansioso)		
-GRIEF : Abitualmente sentimenti,impotenza, collera,disperazione,tristezza.		
Francese arcaico GREVER	LUTTO: E una gamma molto ampia di	
Dal latino GRAVARE,GRAVIS,pesante.	LUCTUOSO	processi psicofisici,consci ed inconsci
	Da LUCTUS	
-BEREAVEMENT (DEPRIVAZIONE)	,LUGERE(PIANGERE)	scatenati dalla perdita di una
Stessa radice		persona amata,oggetto di attaccamento
ROB		
BEREAV		
(Rubare)	(ORBARE)DEPRIVATO,CARENTE.	Sentimento di tristezza e cicatrizzazione graduale legata al processo di distacco.

Lo scarso spazio disponibile ci impedisce un'analisi più approfondita dei diversi significati che lo stesso fenomeno ha in alcune lingue occidentali.

Malgrado in tutte le lingue si accenni alla tristezza ed alla pesantezza del dolore, ci sono alcuni elementi interessanti da individuare. Per esempio, l'aspetto paranoide di deprivazione e di angoscia che esistono sempre intorno ad una perdita e che in inglese si esprime con la parola BEREAVEMENT, che ha la stessa radice di RUBARE.

In spagnolo, francese e italiano antico si dice DUELLO, che proviene dal latino DOLLUM, dolore, ma anche da BELLUM, guerra, dunque il conflitto interno e l'ambivalenza, come lotta tra il morire un po' (identificazione) e il cercare di vivere, abbandonando il morto.

APPROCCIO PSICODINAMICO

Freud in "Lutto e Melancolia (1917)" si occupa della natura della melancolia paragonandola all'effetto normale del lutto e riprendendo questa somiglianza, segnalata per la prima volta da ABRAHAM nel 1912, dice: "il lutto é di regola la reazione alla perdita di una persona amata o a quella di un'astrazione che ha sostituito la persona amata, come ad esempio il proprio paese, la libert  un ideale e cos  via dicendo.

...Sebbene il lutto comporti gravi deviazioni dell'atteggiamento normale verso la vita, non ci viene mai in mente di considerarlo come uno stato patologico che richiede un trattamento medico" (pag.129)

Bench  Freud segnali le similitudini fra lutto e melancolia, dice:" nel melancolico si manifesta qualcosa che nel lutto manca: una straordinaria diminuzione dell'autoconsiderazione, un' impoverimento dell'IO su vasta scala. Nel lutto   il mondo che   diventato povero e vuoto, nella melancolia   l'IO stesso" (pag.131)

Nel lutto, cio , la prova della realt  mostra che l'oggetto non c'  pi . C'  una perdita cosciente. Invece nella melancolia c'  una perdita inconscia dell'amore oggettuale e c'  una scarsa autostima, non presente nel lutto. "Cos  scopriamo la chiave del quadro clinico di questa malattia: ci accorgiamo che i rimproveri apparentemente diretti verso il soggetto stesso, in realt  sono rivolti ad un oggetto amato ma poi deviati sull'IO del paziente" (pag.133). " la libido libera non viene spostata su un altro oggetto, ma serve a stabilire una identificazione dell'IO con l'oggetto abbandonato. Cade cos  l'ombra dell'oggetto sull'IO. In questo modo la perdita oggettuale si   trasformata in una perdita dell'IO e il conflitto tra l'IO e la persona amata, in una scissione tra l'attivit  critica dell'IO e l'IO alterato dell'identificazione"(pag.134).

Un altro psicoanalista molto importante nello studio del lutto   stato John Bowlby (1983) che, con la sua teoria dell'attaccamento, arricchisce la psicanalisi di notevoli contributi derivati dalla etologia e dalla teoria dell'informazione.

"Per la persona orbata di un affetto - egli dice - solo il ritorno della persona perduta potrebbe essere fonte di reale conforto. Qualsiasi nostro tentativo di consolazione viene visto quasi come una offesa" (pag.18).

Durante le sue ricerche fa una scoperta per lui molto significativa. Nel 1960 in "Grief and mourning in Infancy and Early childhood" (pag.26), segnala per la prima volta "le sorprendenti analogie tra reazioni alla perdita della madre dei bambini in tenera et  e reazioni degli adulti colpiti da un lutto".

Bowlby definisce il lutto come: "una gamma molto ampia di processi psicologici consci ed inconsci istaurati dalla perdita di una persona amata, a prescindere dal risultato finale di tali processi" (pag.29).

Nel 1980 descrive le quattro fasi del lutto, partendo dal dolore inevitabile a

causa della natura persistente e insaziabile della ricerca della figura perduta. Fa sua l'opinione di Freud in "Inibizione, sintomo e angoscia" (1925) secondo cui quando si pensa che la persona amata sia temporaneamente assente, la reazione è di angoscia. Quando appare permanentemente assente compare la tristezza, il dolore e il lutto.

Dieci anni prima di Freud, Shand (1920) suggeriva che la paura presupponga la speranza. Solo quando stiamo lottando per migliorare una situazione siamo angosciati dall'idea di non riuscirci. "Così dite addio alla speranza, e con essa direte addio alla paura" scriveva Milton.

Poiché la speranza può essere di gradazione diversa, esiste un continuum di sentimenti, dall'angoscia alla disperazione e, durante il lutto, questi sentimenti hanno un andamento oscillante.

Ancora Bowlby descrive quattro fasi del lutto, cominciando con la prima fase di STORDIMENTO che può durare da alcune ore a una settimana, quando si riceve la notizia della perdita. Interrotta da scoppi di ira o dolore, molte persone sono inebetite "non riesco a crederci...", incapaci di accettare la notizia e a volte con attacchi di panico. Poco a poco incomincia a rendersi conto e passa alla seconda fase di RICERCA E STRUGGIMENTO per la persona persa che può durare alcuni mesi, a volte anni. Ci sono dolori fisici, trafitture, angoscia, singhiozzi, insonnia e rimuginamenti. Ci sono due stati d'animo predominanti e alternanti: il convincimento della morte e l'impossibilità di crederci. Appare anche la collera, di solito rivolta a chi è considerato responsabile dell'evento, del quale può, a volte, essere responsabilizzata la stessa persona morta.

C'è un pensiero fisso, un moto incessante, si scruta l'ambiente, si chiama la persona scomparsa e ci si dirige verso quelle zone dove sarebbe possibile trovarla. L'essenza di questa fase è, come già detto, l'ansiosa ricerca della persona persa e solo quando si accetta che la perdita è permanente scompaiono la collera ed i rimproveri e subentra la TRISTEZZA profonda senza via di scampo, passando alla terza fase di DISORGANIZZAZIONE E DISPERAZIONE e solo se si tollera il tormento emotivo si può, poco a poco, elaborare il lutto.

"Dà voce alla sofferenza, il dolore che non parla imprigiona il cuore e lo fa schiantare" diceva Shakespeare in Macbeth (atto IV, scena III).

Questa accettazione graduale della perdita permette di passare all'ultima fase, la quarta, di RIDEFINIZIONE di sé stesso e della situazione, che può durare uno, due o più anni.

Ci sono modelli di comportamento, sentimento e pensiero condivisi con la persona morta che si perdono e se ne conservano alcuni che vanno dalle cose più banali e concrete fino a quelle più astratte e durature come valori e mete condivise. . Ci sono sogni vividi e sensazioni di presenza, e così la persona scomparsa viene "ricollocata" emozionalmente nel mondo interno del superstite, dando luogo ad un minor isolamento affettivo e sociale.

APPROCCIO SISTEMICO RELAZIONALE

Con la nascita della terapia familiare come disciplina complementare dell'approccio individuale, si è arricchito il campo di ricerca e intervento, incorporando osservazioni e concetti interazionali e sistemici.

Un autore molto importante è M. Bowen (1979) che, nelle ricerche sulla sua "Family Systems theory", include lo studio del comportamento della famiglia di fronte a un lutto e rimarca l'esistenza di un'onda di shock emozionale che si diffonde intergenerazionalmente occasionando disturbi psicopatologici nei suoi integranti, che spesso ne ignorano la eziologia.

Egli enfatizza la rilevanza del lutto nella famiglia, quando vi è la perdita di un bambino "speciale" o di un patriarca o matriarca del clan, che hanno un ruolo emozionale più significativo nella famiglia.

Un altro autore sistemico è Norman Paul (Paul, Glosser 1965), che ha molto insistito su come lutti irrisolti nel passato familiare possono avere un grande impatto nelle fasi transizionali del ciclo vitale, specialmente quando si devono affrontare cambiamenti e perdite.

In una ricerca bibliografica sul lutto familiare fatta da D. Kissane e S. Bloch nel 1994, gli autori insistono sulla scarsità degli studi familiari-sistemici a fronte dell'abbondanza di ricerche empiriche fatte sul lutto individuale. Essi ne addossano la responsabilità al paradigma predominante dello studio dell'individuo nelle scienze di salute mentale e ad una certa difficoltà di fronte alla complessità del fenomeno. Citano gli studi di Lieberman (1978), Rosenthal (1980), Williams e Pollack (1979), Black e Urbanowicz (1985-87). Quest'ultimo, coinvolgendo 100 famiglie, aveva prescritto sei sedute familiari, con lo scopo di promuovere l'elaborazione del lutto, laddove la persona scomparsa era rappresentata da uno dei due genitori.

Nel follow-up a un anno, queste famiglie trattate mostravano una diminuzione dei problemi comportamentali nei figli e una diminuzione della depressione nel coniuge sopravvissuto, rispetto al gruppo controllo. Queste differenze si verificavano nel follow-up a due anni, trovando disponibili solo il 46% delle famiglie trattate e il 53% del gruppo di controllo.

Nonostante ciò ci sono diverse pubblicazioni su osservazioni cliniche fatte da terapeuti familiari su argomenti diversi come patterns di risposta familiare, disfunzionali e non, Raphael (1984), Bowlby-West (1983), influenze transgenerazionali nello stile familiare Paul e Glosser (1964), gli studi sulla correlazione tra lo stile di attaccamento genitoriale e la qualità di attaccamento nei bambini in Ainsworth e Eichberg (1991), lo studio del copione familiare e dei meccanismi di negazione che si trasmettono occasionalmente nelle generazioni future Byng-Hall, (1988), e l'influenza di una perdita nel ciclo vitale familiare Walsh e Mc Goldrich (1991).

Il lutto quando la perdita è di un bambino ha dato luogo a studi sulle differenze di risposta genitoriale, su come incide nella relazione coniugale lo stile di reazione genitoriale funzionale (discussioni chiare ed aperte, empatia, flessibilità dei ruoli,

riconoscere la perdita, apertura verso il sociale e il parentado) o disfunzionale (mancanza di discussione, chiusura individuale e familiare, negazione della perdita, ruoli rigidi, rifiuto dell'aiuto).

Il breakdown della famiglia studiato da Nixon e Pearn (1977) in cui la separazione coniugale nei primi cinque anni arrivava al 24%, contro nessuna nel gruppo di controllo .

Nancy Moos (1995) compara gli studi di Worden (1991) sui sintomi e compiti per la risoluzione negli individui con il lavoro di Goldberg (1973) sulle reazioni e compiti familiari.(fig.2)

COMPITI INDIVIDUALI E FAMILIARI PER L'ELABORAZIONE DEL LUTTO

INDIVIDUALI

Worden (1991)

- ∞ Accettare la realtà della morte
- ∞ Elaborare il dolore e la tristezza della perdita
- ∞ Inserirsi in un contesto di realtà in cui si rimpiange la persona scomparsa
- ∞ Trovare un posto adeguato per la persona scomparsa nel sistema familiare e continuare a vivere

FAMILIARI

Godlberg (1975)

- ∞ Comunicare il riconoscimento della morte
- ∞ Consentire l'avverarsi del processo del lutto
- ∞ Rinunciare alla presenza della persona scomparsa
- ∞ Riallineamento dei ruoli intrafamiliari
- ∞ Riallineamento dei ruoli extrafamiliari

Un altro autore che si è occupato del tema è R. Pereira (1999) che sintetizza nel suo articolo le tappe del lutto familiare e i compiti da svolgere (fig.3)

-----Fig.3

- 1) Accettazione della perdita, permettendo o favorendo l'espressione della tristezza in ogni membro della famiglia.
- 2) Raggruppamento e chiusura della famiglia per permettere la sua riorganizzazione: ridistribuendo la comunicazione interna e i ruoli familiari.
- 3) Riorganizzare la relazione col mondo esterno.
- 4) Riaffermazione del sentimento di appartenenza al nuovo sistema familiare che emerge dal precedente e accettazione dell'ingresso in una nuova tappa del ciclo di vita familiare

Fig. 3

Raphael (1984), descrive sette patterns di risposta familiare basate in miti o tradizioni che influenzano il lutto. (fig.4)

[DIVERSE RISPOSTE FAMILIARI AL LUTTO secondo
MITI e/o TRADIZIONI](#)

RAPHAEL (1984) citato in KISSANE & BLOCH (1994)

- 1) Famiglie in cui la morte è tabù. Il silenzio è il modus operandi. Succede spesso in famiglie d'origine in cui ci sono lutti irrisolti.
- 2) Famiglie con **abituali capri espiatori** in cui si cerca sempre di colpevolizzare per mantenere un rigido controllo.
- 3) Famiglie in cui si evita **l'intimità** per paura di perdere il controllo emozionale.

- 4) Famiglie in cui **tutto** deve **continuare come prima**. C'è scarsa flessibilità dei ruoli e il posto vuoto deve essere riempito subito per non "indebolire" il sistema familiare.
- 5) Famiglie in cui la perdita può significare **caos o rischio di disintegrazione**.
- 6) Famiglie in cui tutto deve essere perfetto. Lottano contro i sentimenti primitivi e predomina la razionalizzazione.
- 7) **Finalmente...!** Famiglie che funzionano con aperta e sincera condivisione di sentimenti. Tollerano sentimenti positivi e negativi, vivono l'intimità nelle relazioni interpersonali e condividono il distress. L'elaborazione del lutto procede bene attraverso l'attenzione e la consolazione reciproca.

Fig.4

Bowlby West (1983), citata da Kissane e Bloch, ha identificato sei risposte disfunzionali che la famiglia può sviluppare nello sforzo di trovare un nuovo equilibrio(fig.5)

RISPOSTE DISFUNZIONALI FAMILIARI AL LUTTO

BOWLBY-WEST(1983) cit in KISSANE & BLOCH(1994)

1)Adozione di un simile stile di affrontare la perdita,idealizzando la persona scomparsa

o identificandosi con la stessa.Un membro dominante può condurre gli altri verso

questo scopo.

2)Chiusura della frontiera familiare provocando invischiamento con iperprotettività che

ostacola l'elaborazione individuale del lutto.

3)Promozione del segreto familiare, proteggendo "l'onore familiare".Frequente nei casi

di suicidio.

4)Promuovere ruoli inadeguati,come la parentification di un bambino dopo la morte di

un genitore.

5)Riattivazione transgenerazionale di lutti irrisolti,o incompleti di membri della

famiglia di origine.

6)Dipendenza di rituali religiosi o tradizioni culturali in famiglie miste.

Fig.5

Finalmente Moos (1995)propone un'interessante modello integrato di lutto familiare, in cui si combinano la concettualizzazione individuale con quella familiare , facendo vedere la loro interazione e i compiti condivisi.

Moos segnala come punto di partenza l'evento di morte e le sue diverse caratteristiche (tipo di morte,repentina o con lutto anticipatorio,; età del soggetto,

essendo la morte di un bambino molto più dolorosa di quella di un anziano; la causa, malattia oppure omicidio-suicidio; la modalità, essendo le peggiori quelle per incidente e per omicidio-suicidio).

La reazione all'evento di morte si costruisce a seconda delle percezioni cognitive del filtro individuale, che dipende a sua volta dal

A) funzionamento della famiglia nucleare (patterns d'interazioni, stile di comunicazione, aperta, espressiva o chiusa disfunzionale, la flessibilità dei ruoli e finalmente le frontiere familiari più o meno permeabili del sistema emozionale).

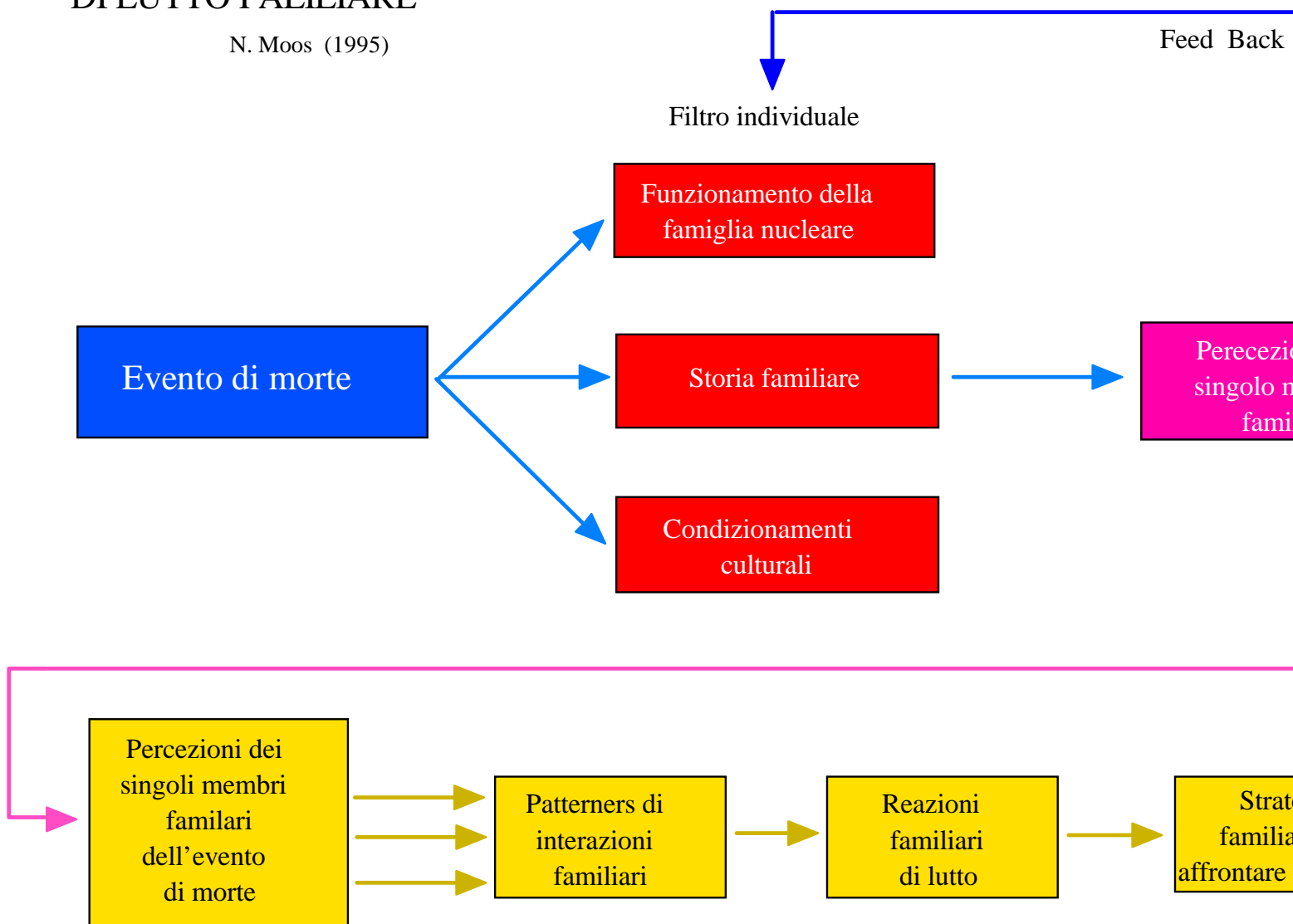
B) Storia familiare (esperienze precedenti di lutto, regole generali dell'espressione emozionale, credenze religiose e differenze di genere). C) Condizionamenti culturali che determinano che cosa è accettabile in termini di lutto (la cultura generale, il background etnico e la comunità locale con le sue usanze)

Le famiglie vanno AVANTI e INDIETRO in questa strada con feed-back reciproci interattivi cambiando interazioni familiari, modificandole continuamente e cambiando così le reazioni al lutto e strategie per affrontarlo.

Questo permette il cambiamento attraverso il tempo.

MODELLO INTEGRATO DI LUTTO FAMILIARE

N. Moos (1995)



(fig.6)

Tutto questo confluisce nelle percezioni del singolo membro della famiglia le quali, insieme a quelle degli altri parenti, delineano i patterns d'interazione familiare. Questa determina la sommatoria degli stili individuali che vengono, a loro volta, influenzati dallo stile delle FO, l'asincronia del lutto, dove non tutti sperimentano simultaneamente il lutto e finalmente il bisogno di ridistribuzioni dei ruoli: chi è che provvede, chi è il comunicatore, chi fa da ambasciatore, ecc.

Questi patterns d'interazione familiare costituiscono le reazioni emozionali, fisiche e comportamentali al lutto, reazioni cioè, condivise ("buttarla dietro alle spalle" o "riempire il vuoto"), che insieme alle strategie familiari per affrontare l'evento

(strumentali per continuare a vivere e riorganizzazione e reinvestimento in altre relazioni) costituiscono i modi per elaborare il lutto e ricuperarsi.

Autori recenti come Figley e Bonnano(1999) ed altri che si occupano degli aspetti traumatici del lutto, rivalutano l'importanza del trascorrere del tempo e dell'appoggio emozionale per superare lentamente il lutto senza un aiuto specifico. La stragrande maggioranza delle persone percorrerà questa strada riprendendosi in maggiore o minore proporzione, mentre una piccola parte di loro svilupperà una reazione traumatica allo stress della perdita, richiedendo assistenza professionale.

Segnalano che la differenza tra il lutto normale e il lutto traumatico è costituito dall'evitamento e dal terrore solo presente nel PTSD. Qualsiasi perdita è stressante nella misura in cui opra la persona e neutralizza i suoi meccanismi per ridurre lo stress. La negazione è percepita come uno sforzo iniziale per affrontare la perdita così come lo humor o le distrazioni passatempo. Non si deve forzare il cliente ad affrontare la perdita ma rispettare i suoi tempi e la guida per la terapia dovrebbe essere la naturale inclinazione del cliente a mettere in moto i suoi meccanismi di "coping". Si deve affrontare prima la reazione traumatica allo stress, per permettere il normale svolgimento del processo di lutto.

Nonostante ciò, nessuno di questi autori che mettono il focus dell'attenzione sulla persona che presenta manifestazioni visibili di un lutto patologico, si occupa di un fenomeno che gli autori sistemici relazionali hanno sempre tenuto in considerazione. In effetti, nelle relazioni che s'intersecano del gruppo familiare, soprattutto nei sistemi familiari coesivi, dove c'è una zona fusionale inconscia d'indiscriminazione soggetto-oggetto, il lutto può ricadere su uno dei membri che si "offre" sacrificalmente a "portare il lutto" per preservare l'equilibrio familiare. A volte, per sopravvivere, l'intero sistema familiare si differenziano strumentalmente le reazioni con differenze di genere (giacché tutti gli autori segnalano la donna come la persona che tradizionalmente si fa carico del lutto protratto nel tempo) e priorizzando le circostanze socio-economiche della famiglia.

Alcuni anni fa mi sorprese, leggendo un rapporto della FAO, sulla distribuzione degli alimenti nelle famiglie povere di A.Latina, che il 57% delle calorie prodotte dalla ingestione alimentare le consumava il padre di famiglia. La comprensione di questa apparente asimmetria traeva origine dal fatto che era l'unico che lavorava, e che senza forze non poteva guadagnare il necessario per la sopravvivenza dell'intera famiglia!

Questo paragone si può applicare all'amministrazione delle reazioni familiari al lutto in una società dove la divisione del lavoro e i pregiudizi sociali fanno sì che si continui ancora con l'aforisma degli antichi romani: Pater, patrimonio (lavoro fuori del contesto familiare per ricavare i soldi necessari per il mantenimento della famiglia.) Mater, matrimonio, casa e figli (per portare avanti il peso dell'accudimento e crescita dei figli). Si può pensare che la divisione dei ruoli per la sopravvivenza della famiglia influisca anche nelle diverse reazioni di genere di fronte a un lutto. Malgrado la veloce trasformazione della coppia nella società attuale, ci vorranno probabilmente alcune generazioni per arrivare ad un modello veramente paritario tra uomo e donna nella moderna concezione della divisione del lavoro e le sue

conseguenze psicosociali.

Un altro elemento importante è la trasmissione transgenerazionale dei lutti irrisolti e i sintomi appaiono in un'altra generazione sotto forma di ansia diffusa, reazioni di panico o disturbi della sfera mentale, non riconducibili a nessuna ragione apparente. Israel Zwerling, terapeuta familiare nordamericano, raccontava di una sua ricerca nell'università di Filadelfia sulle vittime dei lager nazisti e dei suoi familiari nati negli USA dopo la guerra.

Coloro che erano sopravvissuti agli orrori subiti, stranamente non presentavano grossi disturbi psichiatrici, mentre i loro figli presentavano disturbi dell'identità e ansia diffusa, riconducibili probabilmente ad una trasmissione intergenerazionale della sofferenza.

Perché il lutto possa essere elaborato, tutte le emozioni e cognizioni dell'evento devono passare attraverso il proprio Self ed essere riconosciute come appartenente al proprio mondo interno per poter mettere in moto il processo di elaborazione nelle sue diverse tappe. Quando questi affetti mobilitati in relazione alla perdita non sono riconosciuti come tali, possono essere, secondo Berkowitz,(1977) fonti di comportamenti disfunzionali come 1) tendenze possessive nella relazione o 2) manovre contro-separazione come ricatti, minacce di malattie, suicidio o comportamenti incestuosi come difesa di fronte alla perdita.

Tuttavia sarebbe importante definire le condizioni necessarie per un obbligato intervento terapeutico là dove il trascorrere del tempo e le normali risorse di una famiglia non bastano per produrre in tutti i suoi membri una normale elaborazione del lutto in un processo temporale dai 2 ai 3 anni.

Stiamo parlando del lutto patologico, trattato da molti autori, tra cui Freud (1917) quando dice: "La melancolia è ancorata ad una condizione che nel lutto normale non compare, o quando compare lo trasformerà in lutto patologico: la perdita dell'oggetto d'amore diventa un'ottima occasione per far valere e mettere in rilievo l'ambivalenza insita nella relazione amorosa!!"

Bowlby (1983) ha molto scritto sul lutto patologico che per lui, seguendo Lindemann, è un'esagerazione e distorsione del lutto normale. Cita Shakespeare in Tito Andronico, quando dice "il dolore coperto è come un forno chiuso: brucia e riduce in cenere il cuore che imprigiona".

Secondo Bowlby, una manifestazione del lutto patologico, l'assenza di lutto conscio, che si trova in persone orgogliose, autosufficienti che hanno sviluppato un falso self (Winnicott) sarebbe il prolungamento della fase di STORDIMENTO.

Questa assenza di lutto conscio può essere più o meno prolungata, con possibili crolli inattesi. La vita continua più o meno come prima, con disturbi fisici e insonnia, mal di testa.

Un'altra manifestazione è il lutto cronico, che sarebbe una versione estesa e distorta della fase di **struggimento e ricerca** o della fase di **disorganizzazione e disperazione**.

E' caratterizzato da:

- reazioni emotive intense e prolungate

- rimproveri e rancore
- impossibilità di nuovi progetti
- depressione, angoscia e agorafobia, a volte combinate.

Il criterio per differenziare forme sane e patologiche del lutto sono

- 1) la durata
- 2) l'influenza parziale o totale sul funzionamento mentale.

CARATTERISTICHE CHE FANNO PREVEDERE UN LUTTO CRONICO (Bowlby)

- Estensione della fase di STORDIMENTO
- Reazione molto intensa nell'anniversario della morte
- Collera o risentimento oltre le prime settimane
- Incubi connessi con la morte
- Litigi con parenti o estranei
- Tentativi di suicidio (sono idee frequenti nelle prime settimane. Bowlby cita una ricerca di Bunch (1972), nell'Inghilterra del sud in uno studio su 75 suicidi investigati la perdita del coniuge o del genitore nei due anni precedenti era cinque volte superiore al gruppo controllo).
- Depressione maggiore. Bowlby cita una ricerca di due sociologi inglesi, Brown e Harris (1977), che su 114 donne depresse clinicamente e 338 donne di un gruppo di controllo trovarono PERDITA e DELUSIONE alla base della depressione, individuando nel 48% del gruppo delle depresse, contro il 14% del gruppo controllo, la perdita di una persona cara (marito, fidanzato o figlio) per morte, malattia o abbandono nei nove mesi precedenti alla depressione.

(Fig.7)

Secondo Parker e Weiss (1983) la diagnosi del lutto patologico(fig.8)

- Depressione e tristezza che durano più di 24 mesi
- Fase di stordimento protratta a più di 2-3 settimane
- Negazione e sentimenti di colpa intensi per più di sei mesi
- Senso sproporzionato di colpa che può essere delirante.
- Cambiamenti bruschi del comportamento
- Idealizzazione della persona morta dopo una brutta relazione
- Abuso di sostanze, insonnia e fobie diverse
- Idee persistenti di suicidio (voler stare con la persona morta)
- Sindrome da stress posttraumatico

FATTORI DI RISCHIO PER IL LUTTO PATOLOGICO

- 1) Tipo di morte:- causata dal sopravvissuto (per esempio: incidente automobilistico)
 - morte improvvisa o inattesa, dolorosa o terrificata
 - quando c'è mutilazione del cadavere o è causata da omicidio-suicidio
 - età del morto: molto peggiore quando sono bambini o adolescenti
- 2) Caratteristica della relazione: Il modello di matrimonio di solito va da una relazione passionale ad una relazione cane-gatto, ma contraddistinte entrambe da una *simbiosi* (non posso vivere né con te né senza di te).
- 3) Età, sesso e circostanze socio economiche del superstite.
- 4) Caratteristiche del superstite: Persone che hanno tendenza a stabilire rapporti ansiosi o ambivalenti con le persone amate e bassa autostima. Quando c'è troppa

aggressività legata alla morte o quando rimangono da soli con figli handicappati.
 5) Quando non hanno famiglia o una scarsa relazione con la FO, o quando sussiste allontanamento dalle reti familiari o sociali, mancanza di lavoro o figli piccoli con reddito basso.

Fig .9

Vediamo infine la differenziazione che si fa nel DSM IV tra il lutto e la depressione.(fig.10)

<u>LUTTO</u>	<u>DEPRESSIONE</u>
Identificazione normale con il morto ambivalenza e scarsa ambivalenza.	Iperidentificazione con il morto e incrementata.
Pianti, insonnia, irritabilità, perdita di peso e concentrazione	Idem
Di rado ideazione suicidaria Sentimenti di colpa verso la cura della persona morta colpa globali. La sente	Con frequenza Sentimenti di persona superstite si inutile e cattiva.
Provoca empatia e simpatia nell'interlocutore d'irritabilità e	Trasmette sensazioni e fastidio.
I sintomi scompaiono dopo i sei mesi essere presenti p anni	I sintomi possono per
Vulnerabilità alla Idem	malattia fisica
Risponde al contatto sociale e alla riassicurazione affettiva interpersonale	Non si espone e rifiuta il contatto
Antidepressivi inutili	Antidepressivi efficaci

APPROCCIO TRIGENERAZIONALE

Malgrado l'importanza di alcuni pionieri della terapia familiare che si sono occupati

della comprensione e intervento multigenerazionale nei problemi della famiglia nucleare o dell'individuo (Bowen, Boszormenyi-Nagy, Framo, Whitaker, Selvini Palazzoli, ecc.), poco si è scritto specificamente sul lutto.

La complessità delle interazioni dei componenti di entrambe le famiglie d'origine e l'attuale enfasi delle teorie cognitive e postmoderne, che si allontana ogni volta di più dal trattamento congiunto della famiglia, fa sì che si trascuri l'importanza di questo approccio.

Lo scenario naturale del lutto non è solo la famiglia nucleare (abituamente descritta nella stragrande maggioranza degli studi realizzati) bensì l'intero sistema minimamente trigenitoriale che da origine agli individui e costituisce la rete allargata che insieme agli amici si trasforma nel supporto più importante del sistema familiare nucleare e del singolo soggetto.

Lo studio dei fallimenti terapeutici dimostra, che in molte circostanze si trascura l'importanza dei fattori che si tramandano transgenerazionalmente, soprattutto perché non vengono abitualmente considerati.

Un altro fattore importante è, in generale, e tranne poche eccezioni, la mancanza di applicazione nell'insegnamento e nella clinica di un formato di terapia che permetta l'utilizzazione delle risorse multigenerazionali a favore di un processo terapeutico. In questa comunicazione vogliamo descrivere un intervento con entrambe le FO, in un caso molto grave d'impasse terapeutica di una coppia genitoriale di fronte alla morte traumatica dell'unico loro figlio.

In occasione di un corso tenuto nella città di Santa Fé - Argentina - nel maggio di 1996, mi fu richiesta una consulenza da un bravo terapeuta familiare che sentiva impantanata una terapia di coppia che seguiva da un anno e mezzo.

Chiesi telefonicamente al collega informazioni sul caso e segnalai l'importanza della convocazione di entrambe le FO, che si dichiararono disponibili e che fino a quel momento non erano stati interpellate. La storia dei fatti è la seguente: durante la realizzazione di un rally automobilistico, a causa di un errore nella segnaletica della strada, una macchina precipita in un burrone durante la notte. A causa della zona molto ripida e inaccessibile, i soccorsi arrivarono la mattina seguente trovando morti entrambi i giovani piloti.

Uno di loro era il protagonista della nostra storia, Riccardo, di venti anni, figlio unico di Rosa, di 42 anni e di Roque, 43 anni. Dopo un certo periodo di disperazione e di attacco alle autorità per la negligenza dimostrata, Rosa cadde in una profonda depressione per la quale fu sottomessa a trattamenti psicofarmacologici e venne ricoverata in due occasioni per tentativi di suicidio. Il terapeuta accompagna la coppia durante tutto il processo terapeutico con grande empatia e disponibilità, essendogli loro molto riconoscenti. Malgrado ciò, la stessa mattina della consulenza, Rosa aspettava suo figlio sul bordo del burrone e dubitava se buttarsi o no per accompagnarlo.

La costituzione del genogramma è la seguente:

Angela

Rodolfo

Riccardo

Delia				
67 a.	72a.		morto 2 a.prima	68
a				
Angelita				
40 a				Juana
Claudia				
				40 a.
44 a.		fid.10 a.		
	Roque 43 a.	spos.21a	Rosa 42a.	
	imprenditore		farmacista	

Riccardo 20 a.

Nel formato dell'intervento si contempla un primo incontro con la coppia, per informarsi dell'atteggiamento di entrambi i membri e per sondare la loro disponibilità alla consulenza. In seguito, vengono visti i coniugi con la propria famiglia d'origine senza la presenza dell'altro coniuge, in un approccio già descritto in diverse pubblicazioni (Canevaro.(1988,1999.).

Rosa- Venerdì sono stata male e sono andata in montagna e...non sono stata capace.

Dr.A.C.-Non sono stata capace?...

Rosa- lo volevo... lo voglio andare con Riccardo, sempre. Ma sono una codarda di merda e non ne sono capace e venerdì ero tanto oppressa che me ne sono andata di nuovo in montagna a stare lì ad aspettare. E' piovuto e sono caduti dei tuoni.... Questo é come se Riccardo stesse per chiamarmi o qualcosa del genere, ma non l'ha fatto...

Dr.A.C.- Lei diceva di essere una codarda non andandosene con lui? Non internandosi nella montagna?

Rosa- Certo.

Dr.A.C.-(a Roque) Lei sarebbe d'accordo?

Roque- Che lei si uccidesse?

Dr.A.C.- Si

Roque- No, anche se a volte penso realmente che con quello che sta passando sarebbe meglio per lei. Una volta ha preso una dose di pasticche, non so se il Dr.Campos gliel'ha raccontato, ed é stata in quell'occasione che lo abbiamo conosciuto, ed io l'ho presa e portata dal medico. Questo é successo circa un anno e mezzo fa e veramente molte volte mi sono pentito. Lei é quella che soffre di più, e a volte mi fa molto male il pensiero di averla portata dal medico e non averla lasciata morire, ma io realmente non voglio che muoia, che se ne vada.

Dr.A.C.- Ossia, lei non ha fiducia nelle sue capacità di farla vivere?

Roque- Anche adesso sono abbastanza sfiduciato.

Dr.A.C.-Lei non riesce ad arrivare dentro di lei?

Roque- E' che la comunicazione... é molto difficile. Non abbiamo una buona comunicazione come una volta. Prima ci capivamo perfettamente, non ci

nascondevamo niente, rispettavamo la nostra libertà, ci volevamo molto bene, a volte non era necessario parlare per intenderci. Oggi la comunicazione é cattiva, ossia, é come se parlassimo due lingue diverse.

Dr.A.C.- Perché lei non vuole morire.

Roque- No. Dobbiamo sopportare quanto accade e tirare avanti. No, non credo che nella vita ci sia per noi una situazione peggiore, ciò nonostante seguito a pensare che basta tirare avanti. Quello che voglio é che anche lei la pensi così. Ma, veramente, molte volte perdo la speranza.

Dr.A.C.- Com'è possibile che Roque non riesca a portarla con sè?

Rosa- E' che abbiamo due obiettivi diversi,capisce?

Dr.A.C.- Ma il figlio era vostro, no?

Rosa- Sì, certo.

Dr.A.C.- Perché se lo vuol tenere solo lei?

Rosa- No, io, io...no, io non me lo voglio tenere, voglio andare con lui.

Dr.A.C.- Ma Roque non vuole, no?

Rosa- lo credo veramente, sinceramente che non c'è niente in questo mondo che riesca a suscitarmi la minima illusione in qualcosa. Sono convintissima che quello che dovevo fare l'ho già fatto, non ho più niente da fare, già no, veramente no..... Non é neppure un sentimento depressivo, é un convincimento reale.

Dr.A.C.- M adesso c'è un dubbio, no? La mancanza di coraggio che lei accusava. E' come se volesse rimanere con Roque e si sente come divisa in due, no?

Rosa- Lo vedo solo come mancanza di coraggio di andar via.

Dr.A.C.- O mancanza di coraggio per rimanere.

Rosa- E' che rimanere, credo che non debba rimanere.

Dr.A.C.- Allora questo é il nocciolo della situazione, dove Roque é ridotto all'impotenza.

Rosa- Sì

Dr.A.C.- Voi avete mai pensato di separarvi prima della morte di Riccardo?

Rosa- No

Roque- No

Dr.A.C.- E adesso?

Rosa- Sì

Roque- Sì, adesso lo pensiamo molte volte.

Dr.A.C.- E che pensate? Per esempio, ne avete parlato tra di voi?

Rosa- Pensiamo solo che io devo rimanere lì, e lì rimarrò. Nient'altro.

Dr.A.C.- Ma per Roque sarebbe come abbandonarla alla morte, no?

Roque- Sì, quando mi sento totalmente sfiduciato e a volte vedo che le sto facendo male, che non faccio niente di positivo per lei. Per quanto mi riguarda io sto cadendo sempre più in una depressione o una disperazione , ma quando mi sento così é quando...mi dico:bene, io abbandono, me ne vado e... Poi non lo faccio perché sono convinto che, anche se mi sembra che non faccio niente, qualcosa faccio: se me ne vado lei non tarderebbe molto ad uccidersi e quando non sono in casa sto male.....

Dr.A.C.- Pensando a ciò che può succedere...

Roque- Certo, é che l'ho vista morta, tante volte sono arrivato a casa credendo

d'incontrarla morta che... Quando lei sta bene, se io esco senza aver discusso e abbiamo una relazione un poco affettuosa..... Allora vado tranquillo a bere un bicchiere con i miei cognati, ma se mi trovo in una situazione di tensione, la verità é che...se sto a casa sono fatale e se sto fuori sto peggio.

RIUNIONE CON LA FAMIGLIA D'ORIGINE DI ROQUE SENZA ROSA PRESENTE

Sorella- Io ho due figlie e portavo sempre come esempio la casa di mio fratello...Non ho problemi con loro ma quando bisognava fare una cosa, in casa di mio fratello non c'erano problemi, lì tutti sapevano fare tutto..e le mie figlie erano gelose di mio nipote perché era esemplare

Dr.A.C.- Come era il ragazzo?

Sorella- Molto speciale.

Dr.Costa.- Ora porto una fotografia. *(Ritorna con la fotografia. Il Dr. C. la guarda e la colloca su un tavolino vicino).*

Sorella- Era speciale, speciale...Era sempre ben disposto con tutti...eh! Veniva quasi tutte le settimane a casa mia e mi raccontava dello sport, degli studi... Era molto speciale, affettuoso, premuroso ed era il mio unico nipote.

Dr.A.C.- *(aRoque)* Da quanti anni siete sposati?

Roque- A marzo faranno 21 anni. Abbiamo cominciato ad uscire in un piano un poco informale e abbiamo continuato a vederci fino a sposarci molto giovani. Rosa era rimasta incinta e noi volevamo sposarci, l'unica cosa che volevamo era stare insieme.

Dr.A.C.- Voi avete accettato bene Rosa?

Sorella- Sì.

Dr.A.C.- In tutti questi anni non ci sono mai stati problemi?

Madre- Una figlia in più..

Dr.A.C.- Quest'anno, perché non l'avete vista?

Madre- Perché lei non vuole vederci o perlomeno é quello che io penso. Un giorno stavamo insieme e le ho detto: Rosa, devi reagire. Riccardo non vorrebbe vederti così!. Allora lei mi ha spinto e ha detto: togliti dalla mia vita, non voglio vederti!!..Io mi sono fatta da parte. Quando sono arrivati mio figlio, la madre e una sorella, mi sono avvicinata a mio figlio, l'ho abbracciato e lui mi ha detto: "Mamma, questo é un martirio!. mamma, non ti vuol vedere!."

Dr.A.C. Poco fa Roque ha detto che lui ha pensato di separarsi da Rosa. Lei che ne pensa?

Madre- Mi fa molto male se lo fa. Ma anche la vita che sta facendo mi fa molto male. Se lui lo fa io glielo accetto perché così può vivere a modo suo e come vuole, perché non é questione di stare lì, di continuo, di continuo e di continuo.....

Dr.A.C.- Come pensa sarà la vita di Roque se si separa?

Madre- Questo non lo so...Lo vedo molto solo.

Dr.A.C.- Rodolfo ,che ne pensa della separazione di Roque?

Padre- Non lo so, non lo so. A volte penso che è castigare una persona, se si può chiamare castigo il lasciarla perché sta male...Noi siamo andati a farle visita in una clinica perché era malata. Avevo in chiaro che non fosse lei e sono andato per

confermarlo, che lei non era lei, non era la Rosa di sempre: era un po' pazza o c'era qualcosa di strano in lei. Mio figlio non mi ha detto che si separa per questo, ma l'ho sentito dire, e a volte penso che...castigare una persona così, perché si può considerare un castigo, lasciarla, perché un po' pazza...Credo che bisogna darle un'opportunità, vedere se con il tempo migliora, e continuare la vita di sempre. Penso che non lo supererà, che starà peggio ogni giorno di più e secondo il mio punto di vista ..la separazione si farà ma diversamente.

Dr.A.C.- Lei non è partecipe della separazione perché pensa che ci sarà una separazione naturale?

Padre- Sì.sì. penso che la separazione avverrà da sola, uno andrà in cielo e l'altro rimarrà qui. Perché non c'è corpo che resista a tanta sofferenza, quella che sta sopportando questa signora.

Dr.A.C.- Se Rosa morisse, questa situazione sarebbe meno dolorosa della separazione?

Padre- Qui non parlo, mi sentirei meno padre per lui.

Dr.A.C.- Come reagirebbe la gente se si separassero?

Padre- Non so, sarebbe traumatico...non so, mio figlio ama la moglie, questo l'ha dimostrato molte volte, perché se non le volesse bene non sopporterebbe tutto ciò. Ma...se arriva la morte, non so che cosa succederebbe. Non lo so perché questo dipende dai sentimenti di ogni persona.

Dr.A.C.- Ma la gente accetterebbe meglio la morte che la separazione?

Padre- Io credo di sì.

Dr.A.C.- Accuserebbero Roque?

Sorella- Credo di no, perché tutti in famiglia stiamo dalla parte di Roque, tanto la famiglia di Rosa come noi siamo a favore suo, per il comportamento che ha nei confronti di Rosa e per la sua sofferenza..

Dr.A.C.- Credo che voi dovete aiutarlo, no? Lui si sta dibattendo fra il voler separarsi e continuare a vivere o seguire ad accompagnare Rosa nella rassegnazione. Allora lui è combattuto internamente tra due cose, no? E sarebbe importante se potessimo uscire da questa riunione con qualche orientamento per aiutarlo. Lei, (*alla madre*) è a favore della separazione?

Madre- Sì.

Dr.A.C.- Che pensa che possa succedere poi a Rosa?

Madre- Bene, sarà la sua distruzione, mi fa molto male, però è mio figlio.

Padre- ...se loro optano per la separazione bisogna accettarlo, senza nessun dubbio.

Dr.A.C.- Lei si sente vicino a suo figlio?

Padre- Sì.

Dr.A.C.- Sente che lui le vuol bene?

Padre- Sì,...sì,sì...quando l'ho visto per la prima volta, perché io lavoravo all'estero come viaggiatore di commercio, quando ripartivo lui voleva venire con me. Il periodo che sono rimasto a casa, circa sei mesi, eravamo stati bene insieme e lui voleva venire con me.

Dr.A.C.- E adesso, Rodolfo, sente ancora le forze per portarselo con lei?

Padre- Sì.

Dr.A.C.- Glielo dica.

Padre- Sì, sì (senza guardare il figlio) se lo devo portare con me, lo porto

Dr.A.C.- Lo dica a lui.

Padre- (rivolgendosi al figlio) Sì. Vuoi che ti porti con me?

Dr.A.C.- Rodolfo, gli prenda la mano, lo guardi negli occhi. Sente la forza di portarlo alla vita?

Padre- Sì

Dr.A.C.- Facciamo una piccola pausa perché vado a vedere la famiglia di Rosa, ma vi ringrazio per essere stati onesti nell'aprire il vostro cuore, perché è importante. C'è un amore incondizionato per Roque. E sicuramente voi appoggerete qualsiasi decisione lui prenda, ciononostante credo che in lui ci sia una certa titubanza, quando è in seno alla sua famiglia, no? C'è un predominio della mamma, come se si fosse ripetuta la relazione privilegiata di Roque con sua madre, con la relazione privilegiata di Rosa e il suo Riccardo. Il papà è solidale e lo appoggia molto, ma lui ha vissuto più tempo con la madre. Credo che lui abbia bisogno di parlare di più con il padre, da uomo a uomo. Ha bisogno che lei, Rodolfo, con le sue ultime forze lo aiuti.

Padre- Sì...ma il problema è che a volte io ho voglia di parlargli ma non so come cominciare. Da qualsiasi cosa io cominci, a volte le sue risposte sono negative.

Dr.A.C.- Mi ascolti, lei è un uomo forte, ha affrontato una vita dura di lavoro.

Padre- Sono stato, sono stato un uomo forte.

Dr.A.C.- E con il resto delle sue forze lo può aiutare molto.

Padre- Sì, lotterò fino ad esaurirle.

Roque- Sì, io la capisco, ma in questo momento la comunicazione con i miei genitori, con tutti, non mi è facile, perché...a me i consigli non servono, perché io vivo con Rosa tutti i giorni e tutte le ore e non ne posso più di consigli! (con rabbia)

Dr.A.C.- C'è qualcosa in lei che rispetta quella specie di unione di Rosa con Riccardo, no? Perché lei stesso si sente un po' marginale a quell'unione. Con sua mamma è stato molto unito mentre suo padre stava percorrendo il mondo. Io credo che lei deve cominciare a rispettarlo e ad ascoltarlo un po' di più. Piano piano e questo l'aiuterà ad uscire dalla sua impotenza con Rosa. Credo che Rodolfo con il resto delle sue forze lo farà. Capito Rodolfo?

Padre- Sì, sì, sì, perfettamente.

RIUNIONE CON LA FAMIGLIA DI ORIGINE DI ROSA SENZA ROQUE PRESENTE

Madre- La verità è che Rosa deve vivere diversamente, lasciare Riccardo da parte, che non vuol dire dimenticarlo, perché io al ragazzo voglio molto bene, perché l'ho cresciuto. Quando si sono sposati vivevamo vicini e lui stava sempre con me. Ho sei nipoti, ma lui era quello che stava sempre da me, passava cento volte per casa e si fermava a mangiare senza che Rosa lo sapesse. Ma io adesso vorrei vederla rimessa, vorrei che non parlasse di quelle cose e l'altro giorno le ho detto: "Rosa, questo non è amore verso Riccardo, questo è come se tu nutrissi rancore dentro di te, lasciati curare". Mi ha buttato fuori di casa e mi ha tolto le chiavi che io avevo.

Dr.A.C.- E il rancore quale sarebbe?

Madre- Credo rancore verso tutti, vedere che gli altri hanno dei figli e lei no. Se potessi le darei la mia vita: non ho marito, non ho niente, solo le mie figlie...vorrei che

la sua vita fosse diversa, che si lasciasse amare,...é aggressiva, come se sentisse odio verso tutti coloro che la circondano, disprezza suo marito, come se non gli volesse bene. L'altro giorno le ho detto:"Se vuoi, separati da Roque." Lui é un buono,troppo buono, perché il carattere di lei é più forte, lo ha dominato sempre..

.E gli ho detto a Roque:"finiscila di comportarti così, Rosa vuole star sola, tu vai al tuo lavoro e dimostra che sei l'uomo di sempre!"Lei ha un carattere forte, difficile: quando veniva a dire:" mamma farò questo", l'aveva già fatto. E' sempre stata molto volenterosa.

Rosa- Non ho mai fatto niente che ti piacesse, assolutamente niente, tutto quello che ho fatto...

Madre- Non dire stupidaggini.

Rosa- E' vero mamma... quando avevo cinque anni mi dicevi: già studierai!... e poi:studierai l'anno prossimo,e così via...

Madre- Ma io non lo facevo per cattiveria....no figlia mia.

Rosa- Anch'io non te lo sto dicendo per cattiveria. Mamma, ti sto dicendo che non ho mai fatto quello che tu volevi.

Madre- Era diventata femminista, ecologista e tutte quelle cose. Se ne andava le domeniche e io le dicevo sempre scherzando:"un giorno ti cadrà la casa addosso e nemmeno te ne renderai conto...Non sei mai a casa..."

Dr.A.C.- Rosa, dentro di lei é combattuta tra vivere o morire ed é necessario che voi cerchiate di aiutarci, affinché noi possiamo aiutarla.

Claudia- Sono sempre stata molto unita a Rosa, da quando é nata per me é sempre stata la sorella più bisognosa di protezione. Malgrado la sua apparenza di persona fortissima, per me era come di cristallo. Le sono sempre stata vicino, fino a tre mesi fa finché non l'ho sopportata più, quando ha cominciato a buttar fuori tutto quell'odio che ha dentro e allora ho detto...:"non ne posso più".E' arrivato un momento nel quale ho visto che quell'odio é così grande da superare tutti. Allora non vado a trovarla. Quell'odio che sente contro il marito, contro mia madre e mia sorella e, suppongo, contro di me, anche se non l'ho mai notato.

Dr.A.C.- E contro se stessa.

Claudia- E contro se stessa, ma anche contro gli altri. Tra l'altro é molto intelligente e sa come colpire per far male, non perde tempo, sa come far piangere mia sorella in un minuto e come ferire mia madre con un solo colpo, con una sola parola.

Dr.A.C.- Lei si sta congedando, Rosa vuole che voi la odiate per non soffrire per la sua morte.

Juana- Ma noi non la possiamo odiare, le vogliamo troppo bene, ma anch'io in certi momenti la odio. Sono già due anni che le stiamo vicine e se lei aveva bisogno di qualcosa ho cercato di darglielo e di appoggiarla, adesso arriva un momento nel quale non so se é affetto...ho voglia di prenderla e schiaffeggiarla. E' affettuosa quando vuole e mezz'ora dopo é despota e aggressiva e tu noti che sta "masticando" contro di te e questo non mi sembra giusto.

Dr.A.C.- Come se Rosa non volesse sentirsi legata per amore a nessun essere vivente, vuole poter morire senza problemi. Capisce Rosa?

Rosa- Sì, certo. Capisco, ma non so se condivido.

Dr.A.C.- Lei sta facendo tutto il possibile perché la odino, così nessuno la salva.

Perché se la salvano, succederebbe quello che non è successo con Riccardo, che non l'hanno potuto salvare, allora lei fa di tutto per evitarlo. Se questa ipotesi fosse vera, si congedi da loro diversamente, capisce? Se lei ha deciso di morire si congedi da loro in un'altra forma, altrimenti loro resteranno con un dolore molto più grande. Se lei vuole morire perché quella è la sua decisione, che sia per decisione sua propria, non perché non la possono vedere più. Se loro le vogliono bene, lei non può controllare quell'amore. Questo sentimento appartiene a loro, comprende?

Rosa- Che succede? Che io voglio controllare tutto?

Dr.A.C.- Io credo che lei vuole morire senza che nessuno l'aiuti. E non può controllare ciò che loro sentono. Allora li lasci con quello che loro sentono per lei e si congedi da loro bene. Con chi vuole cominciare?

Rosa- Non voglio farlo; se volessi farlo dovrebbe essere più intimo. Mi sembra troppo dire addio, addio, addio...no

Claudia- Questo è in contraddizione con tutte le volte che vuole uccidersi e ci avvisa tutte, in una maniera o l'altra. Lei non fa un tentativo di suicidio e resta zitta. Ci avvisa.

Dr.A.C.- Forse perché non ha potuto congedarsi bene da voi. Quello che io voglio è che Rosa lo faccia ricordando le cose buone di ognuno di voi. Allora se vuole morire si porterà le cose buone di voi, non rimarrà quell'odio e quel rancore. Con chi vuole cominciare?

Rosa- E' lo stesso, ma se devo pensare in positivo devo fare un piccolo sforzo per pensare a come Riccardo le trattava.

Dr.A.C.- Ma Riccardo non è lei. La sua storia con loro è diversa; io la invito a che lei possa congedarsi bene, non con odio e rancore. Con chi, con Claudia? Che cose buone ha fatto per Claudia? Le prenda la mano e le dica le cose buone che si porta di Claudia.

Rosa- ..ero incinta e stavo a casa sua. C'erano così poche cose...

Claudia- Avevamo pochi soldi, lei meno di me, lei non aveva niente, ridevamo perché mangiavamo sempre fagioli e Roque diceva: Cavolo! In questa casa ci sono sempre fagioli!..però non era triste, eravamo allegri, era una continua baldoria, tutti i giorni erano festa.

Dr.A.C.- Ossia, lei vorrebbe rimanere con quell'immagine di Rosa.

Claudia- Sì, con quella e molte altre.

Dr.A.C.- Le dia un abbraccio ricordando quei tempi. Rosa, anche lei l'abbracci...(R. si lascia abbracciare passivamente) Rosa, l'abbracci di più...

Rosa- E' che a me questo sembra molto stupido.

Dr.A.C.- Non vuole pensare di volerle bene, no? Ma Claudia le vuole bene, l'abbracci di più. Rosa, non la vuole abbracciare?

Claudia- Rosa non ama nessuno. *(Il terapeuta, davanti alla riluttanza di Rosa, insiste finché si produce un abbraccio pieno, molto tenero)*

Dr.C:bravo, adesso Juana, Si sieda lì, per favore.

Rosa- Per favore no, no, no non voglio più

Juana- E' per aiutarti. Che succede...

Dr.A.C.- rosa, perché non vuole congedarsi?

Lola- Mi sembra ridicolo.

Dr.A.C.- Lo faccia adesso che ha la possibilità.

Juana- Cavolo! Da me ti congedi. Se lo hai fatto con Claudia lo fai anche con me...

Lola- Mi sembra ridicolo, veramente.

Juana- Rosa ed io abbiamo avuto le peggiori relazioni delle tre sorelle perché non ci siamo mai capite. Io ho avuto idee diverse da quelle sue. Ogni volta che parlavamo finivamo per discutere; io avevo mille volte una miglior relazione con Riccardo. Lui veniva a casa a mangiare sfogliatelle, crocchette, i dolci, era sempre felice a casa mia; ho un figlio di un anno e mezzo di differenza ed erano carne, sembravano fratelli. Invece con Rosa ci frequentavamo meno, perché non ci capivamo, discutevamo...

Dr.A.C.- Che bei ricordi ha di lei?

Juana- Rosa aveva idee fisse, molto sicura di se stessa. Ha ottenuto sempre quello che voleva, con molta fatica, perché ha cominciato a studiare quando era sposata e l'ho ammirata sempre per questo. Le dicevamo: "Per che cosa studi a questa età?" Glielo dicevamo pensando che non ce la facesse, invece lei ha lottato malgrado tutte le eravamo contro ed è riuscita.

Dr.ssa Ossia, lei l'ammira.

Juana- In questo l'ho sempre ammirata ed ho ammirato il suo carattere forte. A Rosa non le è mai importato niente di nessuno, diceva le cose come erano, e se ti facevano male, ti facevano male. Molte di queste cose mi hanno fatto male, ma malgrado tutto ho avuto una grande ammirazione per lei.

Dr.A.C.- Adesso si congedi da lei.

Juana- Non sono d'accordo con l'idea di congedarmi da Rosa. Se sono qui è perché lei non se ne vada. Rosa mi dice un'infinità di volte che se la voglio aiutare, l'aiuti a morire. Per starle vicina quando ne ha bisogno sto trascurando un po' la mia famiglia, ma non sono d'accordo che se ne vada anche se lei lo vuole, a questo mi nego, non sarei capace di dirle addio. Anche se se ne andasse seguirebbe ad ascoltare la mia rabbia. Se ci manca Rosa è una perdita molto grande: la perdita di Riccardo è stata enorme, quella di mio padre grandissima, ma ancora un'altra, mi nego, non sono capace di dirle addio.

Dr.A.C.- Certo, no vuole facilitarle le cose.

Juana- Siamo una famiglia molto unita e già ci mancano due. Già è un vuoto molto grande quando apriamo quel tavolo tanto grande e siamo tutti lì, siamo 17 o 19, non so. Dobbiamo sempre scorrere da una parte all'altra perché il tavolo è grande ma noi siamo molti ed è bello tutti lì ammicchiati, ma un altro posto in meno no; non so se è perché abbiamo sofferto molto, che sopportare di nuovo... Non so.

Dr.A.C.- Glielo dica con un abbraccio, vorrei che vi salutaste bene. L'abbracci forte. *(entrambe si stringono in un abbraccio molto intenso)*

Molto bene. Adesso dovrà occuparsi della mamma che oggi ha sofferto molto e si è anche sentita male qui. Le dia un gesto di protezione, si congedi proteggendola. Lei sta male.

Madre- Non congedarti, non lo fare. Non lo resisterò...

Dr.A.C.- Vada Rosa, si congedi.

Madre- Non voglio, non vorrei che lo facesse. Non ti alzare per congedarti, non ti muovere...! *(la madre si alza e va verso Rosa)*. Che non sia in quella forma, hai un marito che ti adora, non ci fare questo! Glielo dico sempre. Non può immaginare

come vivo, solo per amarla...*(si abbracciano e quando Rosa ritorna al suo posto, il Dr.C la sente bisbigliare, guardando la foto di Riccardo: No, Riccardo, per favore...!)*

Dr.A.C.- Rosa, perché guarda Riccardo?

Rosa- Perché Riccardo ed io ci capivamo molto bene, sai, ci capivamo molto bene.

Dr.A.C.- Che succede con Riccardo? Che direbbe di questo suo congedarsi?

Rosa- Non capisco perché, perché lui non interrompe questa situazione.

Dr.A.C.- Perché lui non interrompe questa situazione?

Rosa- Certo, dacché era diventato maggiorenne, 13-14 anni, ho cominciato a considerarlo mio protettore, eravamo molto amici. Lo portavo a far spese con me perché lui mi sceglieva le cose...mi conosceva molto bene...

Dr.A.C.- E con Roque?

Lola- Certo, ma Roque è poco minuzioso. A Riccardo posso dirgli: viene con me in città che voglio comprare un cappellino. Lui viene con me e mi convince a comprarne due, uno bianco e uno marrone. Io che non me ne comprerei nessuno!

Dr.A.C.- Voi sapete che anche Roque è combattuto se lasciare Rosa o no?

Madre- Lo so, lo so.

Dr.A.C.- Voi pensate che sarebbe meglio?

Rosa- Per me, che mi lasciasse, è chiaro.

Madre- E lei da sola che fa?

Claudia- Io penso che Rosa si trova in una situazione nella quale non si preoccupa affatto di lei, né del mangiare, né di niente e se le manca Roque si può perdere totalmente. Magari anche questa è una soluzione, che si svegli lei sola, perché credo che aiutandola tutti come abbiamo fatto fino ad ora, non abbiamo ottenuto niente. E allora forse, lasciandola sola si sveglia.

Madre- O non si sveglia.

Claudia- E se lei non si sveglia è perché lei lo vuole, ma...

Dr.A.C.- Voi non critichereste Roque se si separa?

Claudia- Per andarsene? No, mai. Tra l'altro tutte gli vogliamo molto bene perché è molto affettuoso; dacché si è sposato si comporta con noi come se fosse nostro fratello e gli vogliamo molto bene e credo che sta soffrendo più di Lola, molto di più.

Dr.A.C.-*(a Rosa)* Ma se Riccardo la lasciasse vivere, lei vivrebbe?

Rosa- Tu puoi far sì che lui viva?

Dr.A.C.- No. Ma credo che lei si possa.

Rosa- Io, come?

Dr.A.C.- Chiedendoglielo.

Rosa- Magari mi sentisse!

Dr.A.C.- Perché lei attribuisce a Riccardo un amore tirannico verso di lei? Come se non la volesse lasciar vivere...la vita che dovrebbe vivere insieme a loro. Con il mondo, con i suoi amici, sorelle, marito..., o decidersi se se ne vuole andare con lui. Ma in una maniera che non rappresenti una ulteriore sofferenza per tutti gli altri. Perché allora la tirannica è lei..

Rosa- Sì, di questo ne sono convinta.

Dr.A.C.- Allora questo è quello che deve decidere dentro di lei, no?

Rosa- Sono tra l'altro convinta che con Roque, per esempio, darei fastidio, capisce? Lui adesso starebbe molto meglio se non mi volesse tanto bene.

Dr.A.C.- Se lei potesse tenere l'amore meno tirannico di Riccardo, probabilmente potrebbe vivere con quell'affetto e anche con lui. Lei è, molto assolutista: o tutto o niente. Allora deve decidersi, perché così tirannizza tutti: o vive con loro come glielo stanno chiedendo o non vive.

Ho l'impressione Enrique (*al Dr. Costa*), che è una famiglia molto forte. Di affetti molto intensi, sia amore che odio. E credo che questo fa star male Rosa, perché anche lei sente così. Se lei non si sentisse tanto unita da questi affetti, tutto le sarebbe più facile. Allora il lavoro di tutti noi è aiutarla a che si congedi bene da tutti, perché così non avrà problemi ad andar via, o si decida a vivere con tutti e con Riccardo, no? Ma questo bisogna farlo perché così non può continuare.

Dr.Costa- Portando Riccardo al tempo attuale?

Dr.A.C.- Cioè, che lei possa seguire a vivere con tutti e far vivere anche lui, perché così non lo fa vivere, no? Lei così lo sta tirannizzando e lo tiene solo per lei.

Quelli che credono nell'aldilà dicono che non bisogna trattenere i morti, bisogna lasciarli andare a riposare in pace...

Rosa- Ci sono varie teorie su questo.

Dr.A.C.- Questa è una che ho sentito. Mi da allora l'impressione che l'amore tra Rosa e Riccardo si è trasformato in tirannico e forse non è questa la realtà che lui ha generato giacché è stato, ed è amato da tutte queste persone. Credo che se lei riuscisse a dividerlo con il marito, con le sorelle...Sarebbe più facile sopportare tutti insieme.

(il Dr.C fa chiamare alla FO di Roque)

TUTTI INSIEME...

Dr.A.C.-Bene, grazie al vostro generoso contributo abbiamo avuto degli incontri molto intensi e mi è sembrato meglio finire insieme. Sintetizzando alcune cose che state vivendo tutti. Tutti, ognuno a modo suo. La cosa più giusta per Riccardo, sarebbe che lui possa vivere dentro tutti voi, no solo Rosa e Roque, ma tutti, perché ognuno di voi lo ha amato. Il tema difficile è che Rosa, al averlo avuto tenuto in grembo, crede, come molte madri, che i figli sono patrimonio personale perché sono stati carne della propria carne e questo non fa giustizia alla presenza dei padri. Ancora oggi un bambino si fa mettendo insieme un ovulo e un spermatozoide, almeno ancora in questo secolo. Il prossimo millennio si vedrà...

Il tema, il drammatismo di questa situazione è che Rosa sia l'unica persona a decidere tra morire per andarsene con Riccardo o vivere per compartirlo con voi. In questa situazione Roque è stato un po' impotente. Non sa se lasciarla o continuare al suo fianco. Questo è il dramma della situazione, di ognuno di voi e il dramma di loro due. Rosa è aggrappata a Riccardo in maniera non compatibile con questa vita tridimensionale, con questa vita ordinaria che tutti dobbiamo vivere.

Ci troviamo in un momento molto delicato in cui sembrerebbe che la situazione si deve definire. Ho cercato di aiutare Rosa affinché possa congedarsi meglio dalle sue persone care, affinché la smetta di dibattersi tra la vita e la morte o che finalmente si decida a lasciare Riccardo riposare in pace e con tutti voi. Non so quale sarà il risultato finale, ma ho l'impressione che è una situazione molto drammatica bisognosa di una immediata risoluzione: o tutti insieme prendono la mano di Rosa e vanno verso la vita che possono vivere, ognuno con le proprie allegrie e tristezze o

probabilmente Rosa morirà. Non so quale sarà il risultato, ma credo che è meglio condividere questa situazione fra tutti affinché lei non rimanga sola anche perché, sicuramente, lei rappresenta un po' a ognuno di voi che si è resistito a lasciar andare una persona tanto cara. Credo che, attraverso Rosa, tutti dovete prendere questa decisione: se lasciare che Riccardo riposi in pace o continuare a dibattervi tra la vita e la morte.

Credo che abbiamo visto la presenza di molte persone affettuose. C'è una forza molto grande in tutti voi e credo che questo è molto positivo. Quando percepisco che c'è tutta questa forza, è perché la famiglia realmente è viva e accetta le difficoltà della vita.

So che Rosa e Roque hanno bisogno di molto affetto, ma è un affetto con condizioni, un affetto che deve vivere in questa vita, non in quella che non sappiamo come sta Riccardo. In questa dove bisogna aiutarsi solidariamente. Io, Enrique, non saprei dire altro.

Prima che ve ne andiate, Rosa prenda la foto di Riccardo e si abbracci a tutti, lasci che tutti abbiano accesso a lui e a lei in quell'abbraccio grande. Lo faccia.

Rosa- Non si può abbracciare tante persone.

Dr.A.C.- Sì, si può. Roque ,la prenda lei la foto..

Roque: E' quello che desideravo fare...

Dr.A.C.- Fatelo insieme e gli altri si uniscano...

Roque si alza, prende la foto e tenendola sopra il suo petto si stringe in un abbraccio molto intenso con Rosa. L'atmosfera si fa molto commovente e i parenti cominciano a piangere insieme ai coniugi. Il Dr.C, con un cenno gli invita ad aggiungersi a loro e lentamente tutto il gruppo si unisce in un corpo unico. Per alcuni minuti si abbracciano Rosa e i suoceri e Rosa con un pianto straziante va segnando l'intensità dell'incontro. Piano, piano ,cominciano i membri più periferici a staccarsi del gruppo centrale ,conversando a sottovoce. L'atmosfera emozionale è simile a quella dei funerali con alta emotività e rispetto. A uno a uno si vanno congedando dai terapeuti, rinfraziando ed escono dalla stanza. Roque ringrazia i terapeuti abbracciando entrambi ed esce per ultimo.

FOLLOW-UP PRECOCE E TARDIVO

Nell'ottobre dello stesso anno, il Dr. Costa ci invia un tape con l'incontro avuto con Rosa e Roque,

4 mesi dopo il consulto. Rosa appare molto cambiata, ha ripreso peso, è più curata e a tratti con un sorriso gradevole ,leggermente melancolico ed imbarazzato. Raccontano che stanno bene ,che Rosa ha ripreso il lavoro e che malgrado ancora non accetta essere la mamma di un ragazzo morto, racconta dei sogni vividi e sente ancora la presenza vicina di Riccardo. Hanno fatto un viaggio a Buenos Aires, per unirsi a un gruppo di auto-mutuo aiuto di genitori che hanno perso un figlio traumaticamente.

Malgrado il gruppo aveva un orientamento religioso eccessivo per i loro gusti, gli ha fatto molto bene incontrare persone che, secondo Rosa "hanno più forza di noi per sopportare le loro sofferenze"

Nel corrente anno parlai telefonicamente col Dr. Costa che non li vedeva più in terapia dall'anno 1996 e mi disse che ogni tanto si sentivano telefonicamente e

anche qualche volta lo avevano invitato alla loro casa in campagna dimostrando nei suoi confronti molto affetto e riconoscimento.

Qualche volta avevano accennato a una possibile separazione che non ebbe mai luogo. Continuano a lavorare entrambi, hanno discreti rapporti con le FO e ultimamente hanno ospitato a casa una studente universitaria che vive lontano da casa sua, con la cui hanno stabilito un rapporto affettuoso, quasi genitoriale. Riccardo continua ad essere presente nelle loro vite con grande dolcezza e rimpianto.

RIASSUNTO

Questo articolo intende far vedere come l'utilizzazione delle risorse delle famiglie di origine (FO) può essere fondamentale per sbloccare processi terapeutici familiari fallimentari o in impasse terapeutica, anche durante una psicoterapia familiare svolta solo col gruppo familiare nucleare.

Malgrado essere la famiglia il luogo naturale dove si elabora una perdita, sono stati più gli autori psicodinamici che coloro sistemico-relazionali ad affrontare questo argomento. Si descrivono alcune apportazioni teoriche sia di psicoanalisti che di terapeuti familiari sistemici.

Durante una consulenza per un caso molto grave di lutto patologico in uno dei genitori di un figlio unico morto in circostanze drammatiche, l'autore convoca le FO e in un formato già collaudato di approccio trigenerazionale riesce a stimolare le risorse familiari che favoriscono un riscatto terapeutico,

Da un follow-up immediato a 3 mesi e tardivo a 7 anni si riesce a vedere il rientro di una grave patologia e la nascita di una elaborazione quasi normale del lutto nella coppia genitoriale,

PAROLE CHIAVE: KEY WORDS

APPROCCIO TRIGENERAZIONALE-----TRI-GENERATIONAL APPROACH

LUTTO PATOLOGICO----PATHOLOGICAL GRIEF

RISORSE TERAPEUTICHE DELLE FAMIGLIE DI ORIGINE.//THERAPEUTIC RESOURCES OF FAMILIES OF ORIGIN.

BIBLIOGRAFIA

AINSWORTH, M. e EICHBERG, C. (1991) - Effects on infant -Mother attachment of mother's

unresolved loss of an attachment figure - in "Attachment through the life

cycle" (eds Parkes, J-Stevenson-Hinde) London:Routledge

BERKOWITZ, D (1977)- On the reclaiming of denied affects in Family Therapy - Family Process, 16, 495-501

BONANNO, G (1999)- "Emotional dissociation, self deception and adaptation to loss". In Figley, Ch. Editor" Traumatology of Grieving - Brunner-Mazel - Philadelphia-USA.

BOWEN, M (1979) - "La reazione della famiglia alla morte" - pag. 139-154 in "Dalla famiglia

- all'individuo". – Astrolabio – Roma
- BOWLBY, J. (1983) – Attaccamento e perdita. Vol. 3 – Boringhieri – Torino – 1983
 ----- (1960)- "Grief and mourning in infancy and childhood"-Psychoanal.Study
 Child 15:
 9-52
- BOWLBY WEST, L.(1983) – The impact of death on the family system – Journal of Family
 Therapy- 5
- BYNG-HALL,J (1988) –Scripts and legends in families and family therapy – Family
 Process,27
 167-180
- BLACK, D and URBANOWICZ,M.A.(1985)- Family intervention with bereaved children
- CANEVARO,A.(1988)- "Crisi matrimoniale e contesto trigenazionale: un modello
 sistemico di
 terapia breve " in "La coppia in crisi" a cura di Andolfi, M.
 Angelo,C. e
 Saccu,C. – ITF – Roma
- (1999) "Nec Sine Te Nec Tecum Vivere Possum-Terapia
 trigenazionale per le
 simbiosi di coppia" – in Andolfi,M. (a cura di) La Crisi della
 Coppia –
 Raffaello Cortina Editore.
- CARDINALI, F. (1997) - Il Vivere e il Morire – Terapia Familiare n. 53. APF – Roma 1997
- FREUD, S. (1915) "Pensieri sulla vita e sulla morte" – Boringhieri – Torino 1915
 ----- (1917) "Lutto e Melancolia" in "Psicologia e metapsicologia"
 G.T.E Newton – Roma 1997
- GELCER, E. (1983) – Mourning is a Family Affair – Family Process, vol. 22 December
 1983 USA
- GOLDBERG,S.B.(1973).- Family Tasks and reactions in the crisis of death. Social
 Casework, 54,
 219-228
- KISSANE, D. e BLOCH, S (1994) – Family Grief – British Journal of Psychiatry 164, 728-740
- LIEBERMAN, S. and BLACK,D (1982)- Loss, Mourning and Grief in Family Therapy: Com-
 plementary Frameworks of Theory and Practice (Eds.Bentovim,A.
 Barnes,G.
 and Cooklin,A,) London:Grune and Stratton.

MOOS, N. (1995) – An Integrative Model of Grief – Death Studies – 19 – 337 – 364 – Taylor and

Francis.

NIXON, J and PEARN, J (1977) »Emotional sequelae of parents and siblings following the drowning

of a child “Australian and New Zealand Journal of Psychiatry

11,265-268

PARKES, C e WEISS, R (1983) “Recovery from bereavement” New York: Basic Books

PAUL, N e GROSSER, G (1964) “Operational mourning and its role in conjoint family therapy”

Community Mental Health Journal. 1, 339-345

PEREIRA TERCERO, R (1998) – Le Deuil: de l’optique individuelle à l’approche familiale in

Deuil et Famille – Cahiers Critiques de Therapie Familiale –

Bruxelles

DeBoeck and Larcier.

RAPHAEL, B. (1984)- The anatomy of Bereavement – London: Hutchinson

ROSENTHAL, P, A (1980)- Short-term family therapy and pathological grief resolution with

Children and Adolescents – Family Process, 19, 151-159

SHAND, A.F. (1920)- The Foundations of Character – 2nd edition – London: Mac Millan

VANOTTI, M. (1991) “Elaborazione del lutto attraverso le generazioni” – Terapia Familiare 36.

ITF Roma.

WALSH, F. e MC GOLDRICK, M. (1991)- Loss and the family: a systemic perspective in “Living

Beyond Loss 2p – 1-29 – New York: Norton

WILLIAMS, W. and POLLACK, P, (1979) – Follow-up research in primary prevention: a model of

Adjustment in acute grief – Journal of Clinical Psychology, 35, 35-

45

WORDEN, J.W. (1991)- Grief counseling and grief therapy – New York – Springer

