LE RELAZIONI FAMILIARI E L'INSORGERE DELLE PSICOSI INFANTILI: UNA RICERCA

Ulla Seassaro
psicologa, terapeuta infantile presso i Centri della "Nostra Famiglia"

Anna Maria Sorrentino
terapeuta della famiglia presso il Nuovo Centro per lo Studio della Famiglia diretto da Mara Selvini Palazzoli

Riassunto: *Scopo generale del lavoro proposto è quello di mostrare l'attendibilità dell'ipotesi secondo cui la sintomatologia psicotica nell'infanzia sarebbe connessa ad una particolare configurazione delle dinamiche relazionali nel contesto familiare.*
Alla descrizione del processo interattivo che culmina nella degenerazione psicotica nell'infanzia, proposto dall'équipe di Mara Selvini Palazzoli, segue la presentazione delle caratteristiche e dei risultati della ricerca. Con questa si è voluto rilevare la frequenza e la specificità di particolari fenomeni di natura relazionale prendono in considerazione un campione di famiglie con bambino psicotico ed un gruppo di controllo costituito da famiglie con un soggetto, in età evolutiva, affetto da deficit organico.
Dall'analisi dei risultati emerge un quadro di sofferenza relazionale entro il quale le famiglie di origine svolgono un ruolo determinante.

La ricostruzione del processo psicotico nell'infanzia proposta dal gruppo della Selvini nell'ambito del Convegno: "Il bambino e i suoi sistemi" tenutosi a Roma nel 1988 presentava, come scrivono gli stessi autori: "ancora troppi buchi neri" (Selvini Palazzoli M. e altri 1988 b)
Anche nel libro "I giochi psicotici della famiglia" (Selvini Palazzoli M e altri 1988a) la stessa ipotesi veniva riportata in forma assai meno dettagliata rispetto alla psicosi adolescenziale e all'anoressia mentale, che costituivano le patologie più studiate nel libro.
Fra i membri del gruppo c'era la consapevolezza dei limiti intrinsechi ad una metodologia di ricerca prevalentemente fondata sull'intuizione clinica; limiti quali l'effetto moda generato da un modello di riferimento, fenomeni di autosuggestione o ancora la tendenza ad un'eccessiva generalizzazione che avrebbero potuto inficiare l'obiettività dei risultati ottenuti.
Si è così pensato di verificare innanzi tutto la reale ricorrenza di quei fenomeni di natura relazionale che, intuitivamente, rilevati come ridondanti nelle famiglie di bambini psicotici, erano stati successivamente assunti come cardini nella ricostruzione del processo psicotico nell'infanzia.
Con questo intento abbiamo preso in considerazione un campione costituito dalla quasi totalità dei casi (53 su 56) di psicosi infantile giunti in consultazione presso il

Nuovo Centro per lo Studio della Famiglia dal 1981 al 1989.
Alla ricerca di accorgimenti capaci di ridurre l'incidenza dei fenomeni inquinanti a cui abbiamo fatto riferimento, abbiamo inserito nel campione 37 casi (su 53 complessivi) trattati prima del 1986, ossia precedentemente alla formulazione della relativa ipotesi, le informazioni riguardo ai quali non potevano dunque essere state influenzate da un modello non ancora esistente.
Si è cercato successivamente di conoscere la specificità di questi stessi fenomeni relazionali per le situazioni di psicosi infantile, in modo da accertare che i fenomeni rilevati nelle famiglie con un bambino psicotico, non fossero in realtà dei fattori di natura sociologica connessi, più in generale, a situazioni in cui si sviluppa una generica grave patologia.
A questo scopo, accanto al campione, abbiamo preso in considerazione un gruppo di controllo costituito da 23 famiglie con un membro, in età evolutiva, affetto da deficit organico.
Con questo lavoro di ricerca si è dunque cercato di verificare l'ipotesi generale secondo cui la sintomatologia psicotica nell'infanzia sarebbe connessa ad una particolare configurazione delle dinamiche relazionali nel contesto familiare.

La ricostruzione del processo psicotico nell'infanzia

Il processo interattivo che culmina nella degenerazione psicotica è descritto dall'équipe del Nuovo Centro per lo Studio della Famiglia (Selvini Palazzoli M. e altri 1988 a) come il susseguirsi, in un arco di tempo che comprende almeno tre generazioni, di una serie di rapporti altamente frustranti fra i personaggi significativi dello scenario familiare entro cui si sviluppa la patologia psicotica.
Sofferenza, frustrazione e delusione connotano infatti le vicende relazionali sperimentate dai genitori del bambino psicotico nel contesto familiare d'origine.
Ancora più deludente, proprio per le mitiche aspettative di riparazione di cui era stata investita, si rivela successivamente la relazione stessa fra i due giovani coniugi.
L'insoddisfazione legata a questi significativi rapporti non viene mai da loro apertamente espressa ed affrontata; il meccanismo dominante è il rifiuto e la negazione delle problematiche di rapporto, la stagnazione delle quali carica sempre più la relazione di tensioni e rancori senza possibilità di sfogo.
Colpisce il fatto che queste relazioni così profondamente insoddisfacenti, non vengano abbandonate dai due coniugi prima del manifestarsi dei sintomi del figlio (che può essere il 2° o il 3° figlio!). Allontanarsi da un rapporto frustrante del presente o del passato rinunciando alla speranza di ottenere in esso gratificazione dei propri bisogni, sembra una possibilità preclusa a questi soggetti. La frustrazione, paradossalmente, agisce in questi casi come un fattore che promuove la coesione piuttosto che la separazione.
L'ammissione del fallimento matrimoniale sembra inoltre ulteriormente preclusa dalla "sfida" lanciata dalle famiglie d'origine con la cosiddetta "predizione negativa" sull'esito del matrimoni. Appare infatti chiaro, nella storia di numerosissime famiglie con un bambino psicotico, la disapprovazione delle famiglie d'origine sulla scelta matrimonia-

le compiuta dai due soggetti. Ciascun partner, per qualche suo aspetto caratteriale, familiare, o persino genetico, è risultato infatti sgradito alla parentela del compagno.
Si configura in questo modo il nucleo della futura tragedia psicotica: l'inscindibile e frustrante relazione di "stallo" fra i due coniugi che, coinvolgendo il bambino, lo spingerà alla patologia. Per stallo di coppia intendiamo infatti una situazione relazionale per definizione statica nella quale i due coniugi, timorosi di esibire al partner la propria vulnerabilità mostrando profondi bisogni, paure e sofferenze, si ritraggono emotivamente l'uno dall'altro. Il rancore reciproco, per le delusioni ricevute, sfocia in una camuffata "battaglia" fatta di provocazioni che non ottengono risposte adeguate, una battaglia senza vincitori e vinti nella quale le mosse di ciascun partner, miranti ad equilibrare il rapporto, finiranno per coinvolgere in una triangolazione il figlio, la patologia del quale diventerà l'elemento stabilizzante nella relazione di stallo della coppia.
La nascita del figlio aggrava ulteriormente la situazione.
Il dramma della giovane madre, chiusa in un rapporto dolorosamente frustrante con il coniuge ed impedita alla fuga dalla propria insicurezza e dalla negatività dei rapporti con i propri familiari, ne cattura la disponibilità emotiva, lasciandola vuota ed insensibile di fronte alle richieste del proprio bambino.
Il padre e la parentela estesa, che con la giovane madre hanno dei "conti" in sospeso, irrompono nella diade madre-bambino già in grave difficoltà facendo rivendicazioni e critiche.
Naturalmente il bambino, che nelle sue prime fasi di vita psichica coglie prevalentemente le reazioni della madre alle sue richieste di accudimento, subisce gli attacchi e le critiche fatte dai parenti alla propria nutrice solo come tensione della madre ed incapacità di questa ad offrirgli un rapporto soddisfacente. Nella fase successiva in cui il bambino inizia chiaramente a percepire gli altri personaggi della costellazione familiare, il comportamento dei parenti e del padre si converte in una potente forma di istigazione sul bambino contro la propria madre.
L'immagine negativa che il bambino si era confusamente creato della propria madre, sulla base del vissuto frustrante sperimentato con lei nella relazione primaria, viene infatti confermata e fomentata dall'atteggiamento dei familiari di critica ed accusa nei riguardi della madre e di compassione verso il bambino.
Il comportamento di tipo reattivo pre-psicotico che il bambino sviluppa in una prima fase, è finalizzato ad esprimere la propria insoddisfazione e ad ottenere una modificazione di ciò che lo frustra. La madre tuttavia, incapace di accogliere la protesta del figlio, vive questo comportamento come un attacco del tutto uguale a quello del marito che, in competizione con il figlio per le cure parentali della madre-moglie, la fa sentire inadeguata a soddisfare i bisogni con i quali egli era giunto alla relazione coniugale.
Mentre nella fase diadica avevamo interpretato il comportamento del bambino come reattivo alle inadempienze materne, nella successiva fase triadica tale comportamento diviene, secondo noi, un attacco esplicito che il bambino compie sentendosi "spalleggiato" dal padre.
Rispecchiandosi nell'infelicità-insoddisfazione del padre, il bambino si sente, in un certo senso, autorizzato a "castigare" la madre, opponendole così duramente il suo rifiuto

ad apprendere. Frustrati e trascurati dalla moglie-madre, padre e figlio sembrano avvicinarsi l'uno all'altro in una sorta di mutua solidarietà. L'atteggiamento permissivo del padre, che aveva indotto il figlio, frustrato nel rapporto con la madre a protendersi verso di lui, lo lascia ben presto deluso. Non si tratterebbe infatti di un autentico interessamento affettivo per il figlio, quanto l'effetto di una strategia inconscia atta a coinvolgere il bambino come alleato nel conflitto con il coniuge. Il comportamento del padre, affettivo ma nel contempo seduttivo, tollerante e permissivo ma sotterraneamente istigatorio, non riesce infatti a provvedere il figlio di quel limite, contenimento ed autentico interessamento fondamentali per il suo sviluppo psichico. Esso al contrario sortisce nel bambino da un lato un effetto eccitatorio e autodistruttivo e dall'altro un effetto depressivo.
L'istigazione ricevuta contro la madre stimola infatti il bambino ad attaccarla costantemente, deteriorando in questo modo un rapporto di cui egli ha profondamente bisogno. L'effetto depressivo, invece, deriva dalla sottostima e sfiducia insita nel comportamento paterno verso di lui ma anche, e soprattutto, dall'inautenticità e strumentalità di tale relazione, che il bambino confusamente percepisce.

Variabili indagate

Dalla successione di eventi, situazioni e dinamiche relazionali attraverso le quali si estrinseca il processo che conduce alla patologia psicotica nell'infanzia, sono state estrapolate 13 variabili ritenute indicative di quei fenomeni relazionali di cui si voleva conoscere la ricorrenza e la specificità.
Riporteremo ora i fenomeni relazionali che si volevano conoscere, seguiti dalle variabili a questo fine utilizzate.

A) *Intensità e negatività dei rapporti con le famiglie d'origine*
1) Tipo di rapporto, in senso geografico, con le famiglie d'origine.
2) Tipo di rapporto, in senso quantitativo, con le famiglie d'origine.
3) Tipo di rapporto della madre con la propria madre.
4) Tipo di rapporto della madre con il proprio padre.

B) *"Predizione negativa" e negazione delle problematiche di rapporto nella coppia*
5) Presenza di una "predizione negativa" sull'esito del matrimonio da parte di una o entrambe le famiglie d'origine.
6) Negazione, ammissione di uno stato di malessere relazionale nella coppia.

C) *Sofferenza psicologica nella madre e nel bambino*
7) Presenza di gravi disturbi psicologici nella madre nel primo periodo di vita del bambino.
8) Presenza di un periodo di sviluppo apparentemente normale nel bambino prima della comparsa dei sintomi.

D) *Processi di istigazione*
9) Da quale persona, oltre alla madre, il bambino è stato accudito.

E) *Il comportamento genitoriale secondo figli e parenti*
10) La madre è vissuta da figli e parenti come fredda, intollerante e nervosa?
11) Il padre è vissuto dai figli e parenti come buono, permissivo ed affettivo?

F) *La psicosi infantile come attacco alla madre*
12) I comportamenti di "tortura" del bambino sono principalmente rivolti alla madre?
13) Da chi è stata fatta la richiesta di terapia familiare?

I medesimi aspetti sono stati indagati nel campione e nel gruppo di controllo, ad eccezione delle variabili n. 8, 12 e 13, che non sono state rivolte al gruppo di controllo per i seguenti motivi: la variabile n.8 non ha senso nel caso di soggetti affetti da deficit organico congenito, la n. 12 non può essere indagata nel gruppo di controllo in quanto è clinicamente evidente l'assenza di componenti provocatorie nelle difficoltà esternate dal soggetto, ed infine la n. 13 poiché le considerazioni riguardanti la terapia familiare non sono generalizzabili ad altre forme di terapia.

Campione e gruppo di controllo

Campione

Il campione, oggetto di questa ricerca, è costituito dalla quasi totalità dei casi di psicosi infantile (53 su 56) giunti in consultazione presso il Nuovo Centro per lo Studio della Famiglia.
I soggetti diagnosticati dall'équipe del Centro, seguendo i criteri del DSMIII (1987), sono risultati così suddivisi:
23 casi di disturbo autistico (18 sindrome completa e 5 stato residuo)
30 casi di disturbo generalizzato dello sviluppo non altrimenti specificato (17 sindrome completa e 13 stato residuo).
La presenza di numerose sindromi in stato residuo, trova spiegazione nello stato di avanzata cronicità di buona parte dei soggetti in questione. Risulta infatti massiccio lo scarto esistente fra l'età d'insorgenza della sintomatologia psicotica, situata mediamente intorno all'anno d'età, e quella al momento del trattamento, intorno ai 9 anni e 7 mesi.

Gruppo di controllo

Il gruppo di controllo è costituito, complessivamente, da 23 famiglie con un membro, in età evolutiva, affetto da deficit organico, nel quale sia stata accertata l'assenza di una sintomatologia psicotica associata.
Si era inizialmente pensato a famiglie con soggetti "sani": è risultato in seguito più vantaggioso optare per un gruppo di controllo così costituito che permetteva di ipotizzare, per entrambe i gruppi, la presenza di similari problematiche familiari dovute alla presenza di un soggetto patologico, a prescindere dalla specificità della patologia stessa.

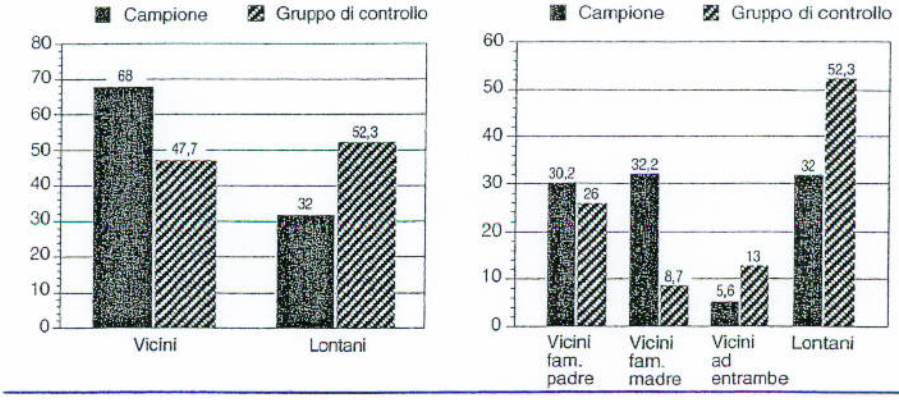
Commento ai risultati

Intensità e negatività dei rapporti con le famiglie d'origine

Il primo fenomeno che emerge con una frequenza ampiamente significativa nelle famiglie del campione, è la tendenza dei due coniugi a mantenere rapporti altamente coinvolgenti con le famiglie d'origine; tendenza che abbiamo valutato considerando la vicinanza residenziale e la frequenza dei rapporti.
Se osserviamo i grafici n. 1 e 2, possiamo vedere come questa tendenza, nel caso della vicinanza residenziale, ma soprattutto per quanto riguarda la frequenza dei rapporti, è decisamente più elevata nel campione rispetto al gruppo di controllo.
La presenza di un soggetto affetto da una grave patologia che di conseguenza incrementa la necessità di sostegno materiale ed emotivo dei genitori, non è, come si poteva pensare, un elemento determinante. Si è infatti constatato che nel gruppo di controllo, caratterizzato anch'esso dalla presenza di un bambino molto malato, i due coniugi sono molto più distaccati ed indipendenti dalle loro famiglie d'origine, capaci di ricorrere alla collaborazione di persone estranee all'ambito familiare per far fronte alle necessità connesse alla patologia del figlio (vedi tav. n. 9).
L'elemento paradossalmente connesso a questa tendenza sembra essere la profonda insoddisfazione e delusione legata a questi rapporti primari.
Questo è quanto accade nel caso specifico della madre, la natura delle cui relazioni con le figure genitoriali, è stata esplorata dalle due variabili successive.
Come era stato intuitivamente ipotizzato, il rapporto intercorrente fra la madre del bambino psicotico e la propria madre, appare insoddisfacente nel 77,4% dei casi e soddisfacente solo nel 2%. Una tendenza questa che, anche se con uno scarto decisamente inferiore, si inverte nel gruppo di controllo.
La correlazione fra i risultati ottenuti all'indagine della 2a e della 3a variabile rivela che, con una frequenza elevata (47,2% dei casi), ad un cattivo rapporto fra la madre del bambino psicotico e la propria madre, corrisponde un'alta frequentazione della stessa ed una vici-

Tavola 1

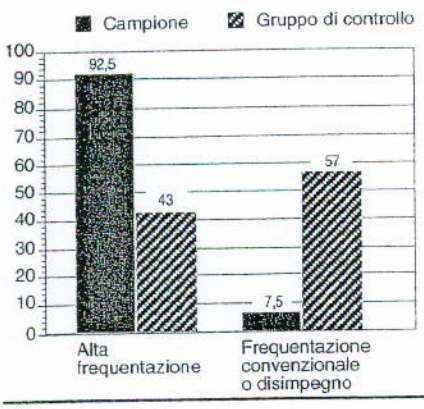
TIPO DI RAPPORTO, IN SENSO GEOGRAFICO, CON LE FAMIGLIE D'ORIGINE



nanza residenziale che, in buona parte dei casi (8 su 25) coincide con la convivenza; evenienza che nel gruppo di controllo si manifesta solo nell'8,7% dei casi.
Questi dati rivelano la tendenza espressa dalle madri dei due gruppi considerati a gestire le gravi problematiche di rapporto con la figura materna secondo modalità del tutto differenti. Mentre le madri del gruppo di controllo tendono ad allontanarsi dalla figura materna frustrante, rinunciando quindi all'infondata speranza di convertire questo in un rapporto gratificante, quelle del campione tendono invece a mantenere l'originario coinvolgimento emotivo ed affettivo. Il caso della madre, nient'affatto isolato, sembra invece, dall'esperienza clinica, esemplificativo di una tendenza comune ai genitori del bambino psicotico che si esprime nell'incapacità di allontanarsi dalle figure frustranti del passato ricercando altrove soddisfazione ai profondi bisogni rimasti inappagati.
Negatività ed intensità dei rapporti si ritrovano dunque paradossalmente connesse nello scenario familiare all'interno del quale si manifesta la patologia psicotica.

Tavola 2

TIPO DI RAPPORTO, IN SENSO QUANTITATIVO, CON LE FAMIGLIE D'ORIGINE



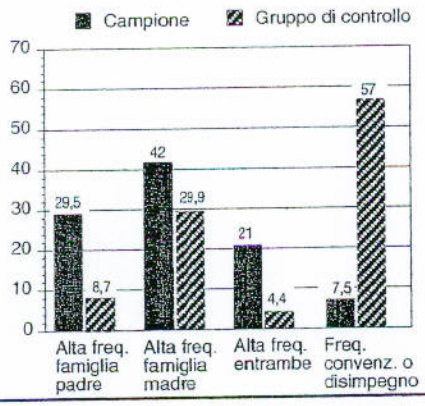


Tavola 3

TIPO DI RAPPORTO DELLA MADRE CON LA PROPRIA MADRE

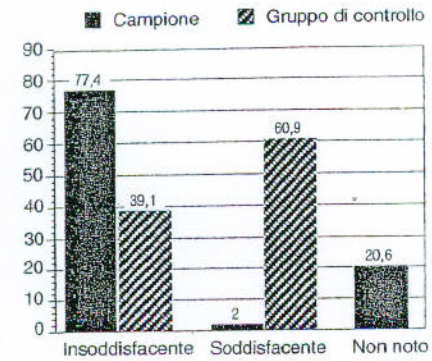
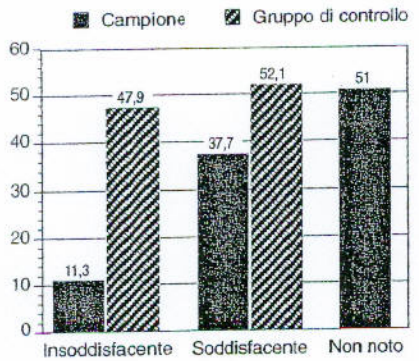


Tavola 4

TIPO DI RAPPORTO DELLA MADRE CON IL PROPRIO PADRE



"Predizione negativa" e negazione delle problematiche di rapporto nella coppia

L'influenza delle famiglie d'origine e dei vissuti frustranti in essa sperimentati, non si esaurisce quando, facendo una scelta di coppia, il soggetto sembra inaugurare una fase di vita autonoma. La costituzione stessa della coppia, fondata in apparenza su motivazioni razionali e consapevoli, sottenderebbe in realtà progettualità inconsce riferite alle figure del passato che continuano a giocare nel presente un ruolo determinante.
Alle classiche progettualità di natura compensatoria, che spingerebbero il soggetto a scegliere un partner con il quale trovare gratificazione dei bisogni passati rimasti inappagati, sembra sostituirsi, nella casistica considerata, una tendenza inconscia di natura "provocatoria".
Il persistente coinvolgimento con la famiglia d'origine porterebbe il soggetto ad interpretare la scelta matrimoniale come mossa strategica atta a richiamare l'attenzione, coinvolgere e stimolare l'interessamento del genitore frustrante. Strumento attraverso il quale elicitare di questo le risposte relazionali da sempre desiderate.
Matrimoni precoci, con un partner particolarmente sgradito a uno o entrambi i genitori, nascondono spesso l'inconscio desiderio di ferire, tradire, riconquistare un personaggio significativo del proprio passato.
Accade che, proprio per il significato che tale scelta sottende, la reazione dei genitori sia, il più delle volte, negativa. Esprimendo la loro disapprovazione, essi metteranno in guardia il figlio/a pronunciando, in forma più o meno esplicita, una "predizione negativa" sull'esito del matrimonio; predizione che, proprio per l'effetto che la scelta del matrimonio sortisce, suona offensiva e lesiva dell'orgoglio personale del soggetto.
L'esistenza di una "predizione negativa" è stata chiaramente rilevata nel 52,8% dei casi, esclusa nel 9,5% mentre nel restante 37,7% non si sono trovate informazioni a riguardo. Questi risultati assumono particolare rilievo se comparati a quelli ottenuti nel

Tavola 5

ESISTENZA DI UNA "PREDIZIONE NEGATIVA" SULL'ESITO DEL MATRIMONIO DA PARTE DI UNA O ENTRAMMBE LE FAMIGLIE D'ORIGINE

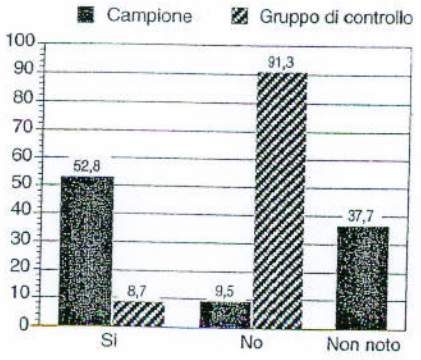
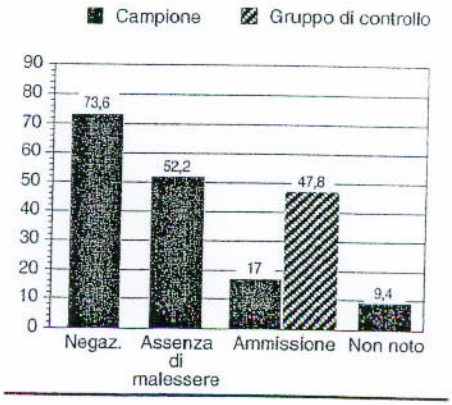


Tavola 6

NEGAZIONE/AMMISSIONE DI UNO STATO DI MALESERE RELAZIONALE DELLA COPPIA



gruppo di controllo ove prevale decisamente l'assenza della predizione (91,3%) rispetto alla sua presenza (8,7%) (tav. n. 5).
Sollecitato da tali progettualità inconsce il soggetto può essere stato indotto a compiere effettivamente una scelta sbagliata.
Allorché la "predizione" si avvera e l'unione coniugale sfocia in una profonda delusione, promuovere la separazione, ammettendo di aver sbagliato nella scelta coniugale, equivarrebbe ad una umiliazione intollerabile. I due coniugi si arroccano in una disperata negazione del profondo malessere che li accomuna, dei reciproci difetti sui quali la predizione genitoriale era fondata; l'unione non può essere scissa, il matrimonio deve perdurare ed apparire riuscito.
Per analizzare quantitativamente la tendenza riscontrata nelle coppie con un figlio psicotico a negare lo stato di malessere che caratterizza la loro relazione, si è presa in considerazione l'evenienza opposta in cui i due coniugi apertamente esplicitano tale situazione; è solo in questo modo che si può effettuare una comparazione fra campione e gruppo di controllo.
Così come era stato intuitivamente ipotizzato, l'esplicitazione dello stato di malessere coniugale si manifesta molto più frequentemente nel gruppo di controllo (47,8) rispetto al campione (17%), confermando l'ipotesi che vede nella "negazione" un elemento che caratterizza il processo psicotico nell'infanzia (vedi diagramma n. 6).
La correlazione del 39,6% fra le due variabili considerate, sosterrebbe in parte l'ipotesi che vede nelle famiglie d'origine un fattore causale nella determinazione delle problematiche della coppia e nella negazione delle stesse da parte dei due coniugi.
Vediamo delinearsi, in questa prima parte della ricerca che ha voluto indagare i fenomeni relazionali che prevedono la nascita del bambino, le "condizioni" che portano la relazione fra i due coniugi ad assumere la configurazione denominata "stallo di coppia".

Disturbi psicologici nella madre e nel bambino

Con le variabili n. 7 e 8 ci si appresta ad esplorare la prima fase del processo psicotico nella quale il futuro paziente è direttamente coinvolto.
Il primo elemento caratteristico di questa fase è lo stato di sofferenza psicologica della madre che sarebbe connessa, nella concezione dell'équipe, alla profonda insoddisfazione vissuta nel rapporto coniugale ed alla sofferenza legata alle vicende relazionali del passato che, tramite determinati eventi, si riattualizzano nel presente.
La gravidanza, così come abbiamo visto accadere per il matrimonio, può essere connessa a profonde aspettative relazionali nei confronti della famiglia d'origine.
L'insoddisfazione per il mancato rapporto con la propria nutrice caratterizza profondamente queste giovani donne che paiono costantemente protese a recuperare con essa un rapporto più soddisfacente e gratificante.
Esse spesso utilizzano il figlio come "offerta" alla propria madre sperando che le cure di questa per il nipote, consenta loro di recuperare un rapporto intensamente bramato.
Non è difficile capire come questo tentativo di ricominciare tutto da capo per interposta persona sia destinato a fallire. La nonna materna il più delle volte rifiuterà l'offerta della figlia, perseverando a mantenere con essa l'atteggiamento frustrante tenuto fino a quel momento.

Il fallimento della propria speranza sprofonda la madre in una grave depressione che le impedisce di accogliere e soddisfare le richieste di cura, affetto e dedizione del figlio.
I risultati ottenuti all'indagine della variabile n. 7 rivelano l'elevata frequenza con cui questo fenomeno si manifesta nelle famiglie del campione. Nel gruppo di controllo quest'evenienza si verifica con minor frequenza anche se, la peculiarità di questo gruppo, costituito da famiglie con un figlio affetto da una patologia organica, il più delle volte conclamata alla nascita, rende ragione di questa percentuale abbastanza elevata.
Fra le madri dei due gruppi considerati che hanno vissuto con sofferenza questa fase della loro vita, c'è però una sostanziale differenza. Mentre le madri del gruppo di controllo individuano chiaramente la causa del loro stato, connessa alla diagnosi organica del figlio, quelle del campione non sanno addurre alcuna spiegazione. Inoltre mentre lo stato di sofferenza delle madri del campione ostacola gravemente l'instaurarsi di un rapporto empatico ed affettivo con il figlio, quello delle madri del gruppo di controllo si converte generalmente in una spinta di avvicinamento simbiotico al figlio problematico.
La mancanza di un'intesa affettiva che, per l'assenza di disponibilità della madre, subentra nella diade madre-bambino, si rivela un elemento determinante nell'insorgenza precoce della sintomatologia psicotica nel bambino.
Se si considerano congiuntamente i dati ottenuti dall'indagine delle due variabili risulta che nel 52,8% dei casi del campione, ad una precocissima insorgenza sintomatica nel bambino, corrisponde nella madre, la presenza di una grave sofferenza psicologica; nel 15% dei casi si verifica l'evenienza opposta: la madre non presenta disturbi e l'insorgenza sintomatica nel bambino è più tardiva; è solo nel 7,5% dei casi che si sono ottenute correlazioni che contrastano l'ipotesi avanzata.

Tavola 7

PRESENZA DI GRAVI PROBLEMATICHE PSICOLOGICHE NELLA MADRE NEL PRIMO PERIODO DI VITA DEL BAMBINO

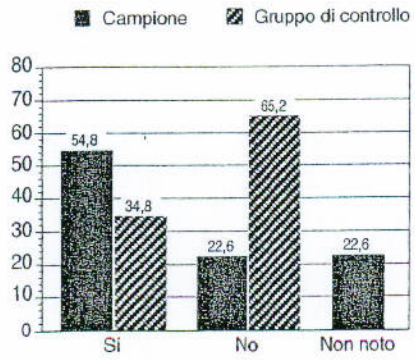
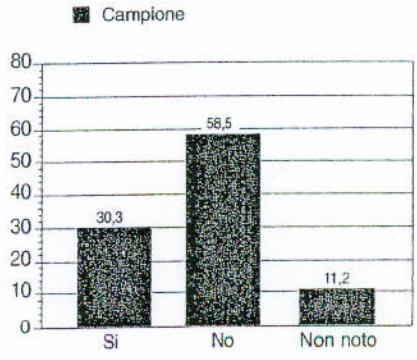


Tavola 8

PRESENZA DI UNA FASE DI SVILUPPO APPARENTEMENTE NORMALE NEL BAMBINO PRIMA DELLA COMPARSA DEI SINTOMI

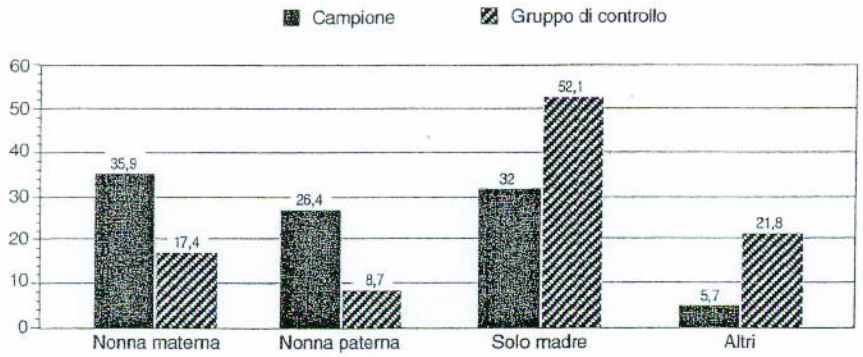


L'istigazione nel processo psicotico

Un ruolo importante nel processo che conduce alla patologia psicotica, è ricoperto da quelle figure che, avendo delle gravi problematiche di rapporto con la madre del bambino, attuano più o meno consapevolmente un'azione istigatoria contro di essa.
Pur non esistendo elementi obiettivi in base ai quali si possa individuare con certezza la presenza di un'azione istigatoria, è possibile ipotizzarne la presenza attraverso l'individuazione di quegli elementi che presuppongono l'attuarsi di questo fenomeno. Gli elementi in questione sono: un rapporto problematico fra la madre del bambino e la supposta figura istigatrice, ed un rapporto frequente fra il bambino e la stessa.
La presenza di un legame di sangue fra la madre del bambino e la figura istigatrice, rende questo fenomeno ancora più dannoso, come nel caso in cui è la nonna materna ad attuare l'istigazione. La conflittualità ed il contrasto che caratterizza il rapporto fra le due donne, priva quest'unione di quella lealtà, solidarietà ed implicita alleanza dominanti nella nostra cultura. La nonna materna, lungi dal difendere, sostenere ed aiutare la figlia in grave difficoltà, sottolinea incessantemente di questa l'inadeguatezza e l'incapacità, intrattenendo con il piccolo un rapporto troppo tollerante e permissivo, proponendo se stessa come "madre migliore".
Analizzando congiuntamente i risultati alle variabili n. 3 (tipo di rapporto fra le due donne) e n. 9 (da quale persona, oltre alla madre, il bambino è stato accudito), risulta che nel 26,4% dei casi del campione, tutti e tre i fenomeni sopradescritti si presentano congiuntamente e si può, in questi casi, ragionevolmente supporre la presenza di un'azione istigatoria. La medesima evenienza si verifica nel gruppo di controllo solo nel 4,3% dei casi.
Notiamo inoltre come in questo gruppo il bambino venga affidato alla nonna materna più raramente che nel campione (nel 17,4% dei casi rispetto al 33,9% del campione) pur essendoci rispetto a questo una percentuale più elevata di madri che intrattengono con esse un rapporto soddisfacente. Come rivela il grafico n. 9, le madri del gruppo di controllo privilegiano le situazioni di accudimento personale

Tavola 9

DA QUALE PERSONA, OLTRE ALLA MADRE, IL BAMBINO È STATO PRINCIPALMENTE ACCUDITO



del figlio (52,1% rispetto al 32% del campione) o l'affidamento di questo a persone estranee all'ambiente familiare come baby-sitters o vicine di casa (21,8% rispetto al 5% del campione). Si riduce notevolmente in questo caso la probabilità che si verifichino situazioni di istigazione sul bambino.

Il comportamento genitoriale secondo figli e parenti: la madre "cattiva" e il padre "buono"

L'ipotesi centrale avanzata dall'équipe della Dott.ssa Selvini, in base alla quale le figure genitoriali verrebbero vissute da figli e parenti secondo due modalità antitetiche, risulta ampiamente confermata dall'indagine delle variabili n. 10 e 11. La madre viene infatti descritta come fredda intollerante e nervosa nel 75,5% dei casi ed il padre, nel 77,4% come permissivo, buono ed affettivo. Nel gruppo di controllo questa tendenza si attenua considerevolmente e, mentre la madre recupera rispetto al campione l'immagine che classicamente le viene attribuita (78,3%), quella paterna tende a mantenere un maggior equilibrio fra le possibilità contemplate: conserva il classico ruolo paterno nel 56,5% dei casi, mentre si avvicina ad una nuova interpretazione del proprio ruolo genitoriale nel 43,5% dei casi. Questi ultimi risultati riflettono le considerazioni sociologiche avanzate da R. Clerici (R. Clerici, 1988) riguardo la figura paterna che tenderebbe ad abbandonare, nell'odierna società, parte dei comportamenti che classicamente caratterizzano il suo ruolo, per avvicinarsi, attraverso una rivalutazione delle mansioni per così dire materne, ad una nuova concezione ed interpretazione della paternità. Il padre "buono" potrebbe dunque essere espressione di una tendenza sociologica più generale anche se, come ci fa notare Mara Selvini Palazzoli: «Bisogna saper valutare quanto il connotato materno del padre è socio-culturale e quanto è funzione di uno specifico gioco patogeno» (cit. in Donati e altri 1985:16).
La tendenza dei genitori del bambino psicotico a interpretare questi antitetici ruoli, viene ricondotta, dal gruppo della Selvini, alla modalità relazionale che ciascuno di essi aveva sviluppato nel contesto familiare d'origine e che, proprio per la loro complementarietà, tenderebbero a mantenersi per lo più invariate nella relazione coniugale.

Tavola 10

LA MADRE È VISSUTA DA FIGLI E PARENTI COME FREDDA, INTOLLERANTE E NERVOSA

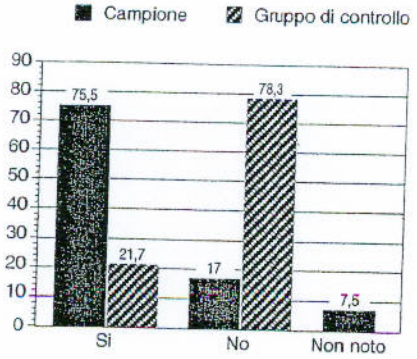
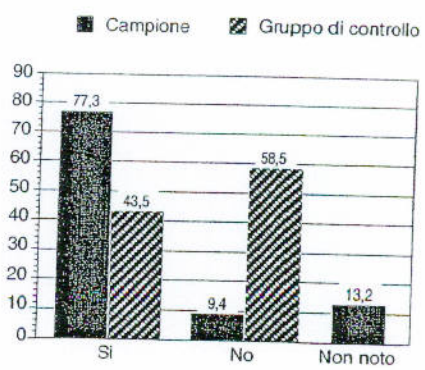


Tavola 11

IL PADRE È VISSUTO DA FIGLI E PARENTI COME PERMISSIVO, BUONO ED AFFETTIVO



Nel difficile contesto relazionale dell'infanzia, ciascuno dei due coniugi aveva infatti sviluppato una strategia comportamentale atta a stimolare l'attenzione e l'affetto del genitore frustrante; ma se nel caso della madre questa consisteva nel mostrarsi forte, capace ed intraprendente (determinando in parte la costituzione di una personalità che gli autori definiscono "pseudo-adulta"), nel caso del padre la strategia sarebbe invece stata quella di mostrarsi debole ed incapace (origine della sua personalità "pseudo-debole").

La psicosi infantile come attacco alla madre

Le ultime due variabili sono state inserite per valutare l'attendibilità dell'ipotesi secondo la quale i comportamenti incontenibili ed aggressivi del bambino sarebbero espressione di un attacco rivolto alla figura materna, spesso vissuta come fredda e nervosa. Alle conferme ottenute all'indagine della variabile n. 12 (I comportamenti di "tortura" del bambino sono rivolti principalmente alla madre?), si aggiungono quelle della variabile successiva (Da chi è stata fatta la richiesta di terapia familiare). Si era infatti ipotizzato che colui che avanza richiesta di terapia familiare, sia anche quello che, nell'ambito della famiglia subisce maggiormente le conseguenze derivate dalla patologia del paziente (Viaro e Leonardi in Selvini Palazzoli e altri 1988a:220). La richiesta risulta infatti effettuata dalla madre nel 69,8% dei casi e dal padre nel 30,2%.

Tavola 12

I COMPORTAMENTI DI "TORTURA" DEL BAMBINO SONO RIVOLTI PRINCIPALMENTE ALLA MADRE

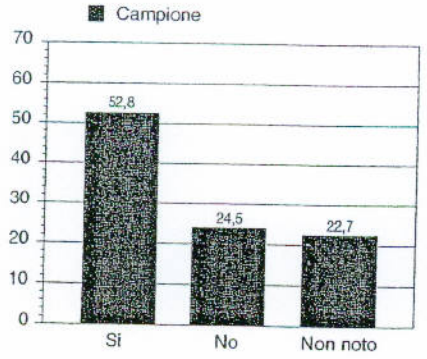
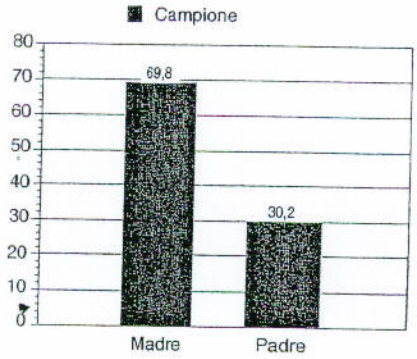


Tavola 13

DA CHI È STATA FATTA LA RICHIESTA DI TERAPIA FAMIGLIARE



Conclusioni

La ricerca aveva dato dei risultati suggestivi: innanzi tutto era divenuta numericamente tangibile l'effettiva ricorrenza dei fenomeni di natura relazionale sulla base dei quali aveva preso forma una complessa e sofferta ipotesi di eziopatogenesi relazionale. Inoltre gli stessi fenomeni si erano rivelati peculiari delle specifiche situazioni in cui si sviluppa una sintomatologia psicotica, manifestandosi nel gruppo di

controllo con frequenze significativamente inferiori rispetto a quelle rilevate nel campione.
Non si vuol credere con questo di aver trovato conferma dell'attendibilità dell'ipotesi. Ciò ha permesso, tuttavia, di rilevare che le famiglie con un soggetto psicotico manifestano, rispetto ai fenomeni relazionali analizzati, comportamenti significativamente ripetitivi, mentre quelle con un soggetto organicamente compromesso segnalano adattamenti comportamentali molto più variabili. Considerazioni queste che confermerebbero l'ipotesi generale secondo la quale il comportamento del bambino psicotico sarebbe connesso ad una particolare configurazione delle dinamiche relazionali nell'ambito familiare.
Quale sia la direzione di questa connessione è ancora tutto da approfondire anche se certamente, l'ipotesi di ricerca del gruppo della Selvini, confortata anche da questo lavoro di rilevazione, resta quella che sia la sofferenza psichica dei genitori, nata nelle loro famiglie d'origine ed amplificata dall'insoddisfazione coniugale, a generare il processo relazionale che culmina nel disturbo psicotico dell'infanzia.

Bibliografia

BOWLBY J. (1969), *Attachment and loss*, Hogart Press, London (trad. it. *Attaccamento e perdita*, Boringhieri Torino 1972).
CIRILLO S. (1986), *L'ambiente familiare e l'insorgere delle psicosi*, in Liverta Sempio O. (a cura di) 1989, pp. 3-24
CLERICI R. (1985), *Aspetti socio-demografici della figura paterna*, in Donati P.P., Scabini E. (a cura di) 1985, pp. 23-52
DONATI P.P., SCABINI E. (1985), (a cura di) *L'immagine paterna nelle nuove dinamiche familiari*, Studi interdisciplinari sulla famiglia n. 4; Vita e Pensiero, Milano.
SELVINI PALAZZOLI M., SELVINI M., CIRILLO S., SORRENTINO A.M. (1988a) *Giochi psicotici nella famiglia*, Cortina, Milano.
SELVINI PALAZZOLI M., (1988b) *Il processo psicotico familiare nei grandi disturbi mentali dell'infanzia: una ricostruzione ardua*, Congresso "Il Bambino e i suoi sistemi", Roma, 28 settembre-1 ottobre.
FAVA VIZZIELLO G., STERN D. (1992) *Dalle cure materne all'interpretazione*, Raffaello Cortina, Milano
MAHLER M.S. (1968), *On human symbiosis and the vicissitudes of individuation*, Vol. 1, *Infantile psychosis*, International University Press, New York, (trad. it. *Le psicosi infantili)*, Boringhieri, Torino, 1976).
MELTZER D. (1975), *Exploration in autism*, Clunie Press, Perth, (trad. it. *Esplorazioni sull'autismo* Boringhieri, 1977 Torino.
SORRENTINO A.M. (1988), *L'intervento sulla famiglia dello psicotico*, Convegno "La Psicosi e l'intervento per il bambino psicotico", Casalnoceto, 19 novembre 1988.
TINBERGEN N., TINBERGEN E.A. (1984), *Autism bei kindern: Autistic Children New Hope for a cure*, Verlag Paul Parey, Berlin und Hamburg, (trad. it. *Bambini autistici, nuove speranze di cura)*, Adelphi 1989 Milano
TUSTIN F. (1972), *Autism and childhood psychosis*, Hogart Press, London (trad.it.

Autismo e psicosi infantile), Armando, 1989 Roma
WINNICOTT D.W. (1965), *The family and individual development*, Tavislock Publ. London, (trad.it. *La famiglia e lo sviluppo dell'individuo*), Armando, Roma, 1982.

Summary: *The general purpose of the proposed work is to show the reliability of the hypothesis for which the psychotic symptomatology in childhood would be connected to a specific configuration of the relational dynamics in the family context.*
After the description of the interactive process that culminates in the psychotic degeneration in childhood, proposed by team of Mara Selvini Palazzoli, follows the presentation of the research and results.
The aim of this research is to study the frequency and the specificity of particular relational phenomena by taking a sample of families with a psychotic child and a control group consisting of families with a child affected by organic deficit.
From the analysis of the results emerges a picture of relational suffering in which the families of origin are a determining factor.