

# QUADERNI SIRTS

Anno 2025

**SPECIALE:  
SIRTS in Messico**

WWW.SIRTS.ORG  
qredazione@sirts.org

## **LA REDAZIONE DEI QUADERNI SIRTS**

**Caporedattore:** Marco Schneider

**Vice-caporedattore:** Chiara Bertonati

**Redazione:** Alice Bregoli

Patrizia Frongia

Monica Gatti

Edoardo Perini

Sara Ferraris

### ***Ringraziamenti***

Si ringraziano i Dottori

Lorenzo Rabottino e Giada Salentina, Arianna Modena, Francesca Zuccalà,

Dianela Richardson, Stefania Costa

per la collaborazione resa alla realizzazione

di questo numero dei Quaderni SIRTS

## EDITORIALE

Milano, 14/02/2025

L'idea di pubblicare numeri "speciali" dei Quaderni era già da tempo in discussione: in più occasioni infatti la Redazione dei Quaderni ha riflettuto su questa possibilità. Considerando la natura chiaramente *multifocale* che caratterizza i numeri "normali" dei Quaderni, si è spesso discusso della possibilità di costruire dei numeri che fossero invece dedicati a tematiche specifiche e/o a specifici eventi di chiaro valore internazionale.

L'idea di comporre numeri monografici incontrava l'esigenza di sostenere l'approfondimento di tematiche particolari o di dare evidenza di puntuali partecipazioni di soci SIRTS ad eventi di chiaro interesse internazionale.

L'occasione si è presentata in modo quasi naturale quando alcuni membri del Direttivo SIRTS sono stati invitati a partecipare al 10° Congresso Internazionale C.E.fa.P. (Centro Messicano di terapia familiare e della coppia) tenutosi a Cholula, Puebla (Messico) nel novembre 2023 dal titolo "Terapia breve y familiar": si prospettava l'interessante possibilità di comunicare a colleghi di varie nazionalità i lavori e gli esiti di ricerche e sperimentazioni di soci SIRTS, che non ci siamo lasciati sfuggire.

Il ruolo del Presidente SIRTS, Adan Martinez, è stato in questo fondamentale. Martinez infatti, caldeggiando l'idea di una sempre più marcata presenza internazionale della SIRTS, ha chiesto ed ottenuto dalla Direzione Scientifica del Congresso che alcuni soci SIRTS intervenissero con dei loro contributi originali.

Questo numero rappresenta dunque il primo esperimento di volume "speciale" dei Quaderni SIRTS. Il rationale è il soddisfacimento di due criteri: il chiaro interesse internazionale dell'evento e la partecipazione di un significativo numero di soci SIRTS.

La Redazione è naturalmente aperta ad altre proposte di numeri speciali riguardanti specifiche tematiche o la partecipazione di un numero rilevante di soci SIRTS ad eventi di chiaro interesse internazionale e da qui nasce il rinnovato invito a scrivere alla Redazione, all'indirizzo [qredazione@sirts.org](mailto:qredazione@sirts.org) per formulare delle proposte.

A titolo di stimolo segnalo che è *in cantiere* un nuovo progetto di numero speciale, che ha come tema quello della "postmodernità".

Andiamo però con ordine e nel presentare questo numero intitolato "La SIRTS in Messico", segnalo con piacere che contiene i contributi di Martinez, Frongia, Gatti, Ferrari e del sottoscritto oltre ad una preziosa introduzione al Congresso da parte di Felipe Gutiérrez Gutiérrez, organizzatore dell'evento.

Nell'augurare a tutti buona lettura, ricordo infine l'appuntamento con il nuovo Congresso Internazionale SIRTS dal titolo "Clinica sistemica e frammentazione dei contesti. Cura dei legami e nuove complessità", che si terrà in presenza a Iseo (BS) il 16 e 17 maggio 2025. Per ogni info è possibile consultare il sito internet [www.sirts.org](http://www.sirts.org).

Marco Schneider

## INDICE

Esplorare il mondo emotivo delle famiglie: alcuni strumenti di navigazione .....	5
Applicazione del genogramma e interventi sistemici in gruppo multifamiliare.....	13
Adolescenti “esternalizzanti” che non accettano la terapia.....	20
El psicoterapeuta sistemico y discapacidad .....	35
Discapacidad y trabajo .....	43
Le soggettività lgbt+ nel sistema familiare. riflessioni su coming out, performance identitaria, identità familiari e intimità relazionale. ....	53

Introduzione al Congresso

*di Felipe Gutiérrez Gutiérrez*

A continuación, hago una breve reseña de lo que fue nuestro 10<sup>a</sup> Congreso Internacional en Terapia Breve y Familiar, organizado por el CENTRO DE TERAPIA FAMILIAR Y DE PAREJA, CEFAP. Este evento solo fue posible por la participación de grandes maestros de la terapia breve y familiar de distintos países, incluyendo a los y a las mexicanas, quiero resaltar el gran apoyo y patrocinio que nos brindó SIRTS (Sociedad italiana de investigación en terapia familiar) a través de su presidente actual el Dr. Adán Martínez.

En primer punto menciono la participación del Dr. Pietro Barbetta del centro sistémico de Milán.

El Dr. Carlos Sluzki, Dra. Harlen Anderson, el Dr. James Keim, Dr. Peter Frankel, también estaba programada la Dra. Iva Ursini, quien faltó causas de fuerza mayor y el Dr. Giorgio Nardone, todos ellos invitados internacionales.

En especial quiero mencionar a las doctoras y doctores de parte de SIRTS quienes participaron en este congreso. Dra. Monica Gatti, con el tema emociones sistémica y familia, Dra. Patricia Frongia con el tema Personas psiquiátricas y sus familias, el Dr. Marco Schneider con el tema Adolescentes que no aceptan terapia, y el Dr. Federico Ferrari con el tema familias donde los chicos declaran o no su homosexualidad y por último el Dr. Adán Martínez con el tema Psicoterapeuta sistémico que atiende las discapacidades en familia. Todos ellos y ellas pudieron participar gracias a su disposición de impartir sus conferencias en la modalidad en línea.

Todas estas aportaciones a la Terapia Familiar por parte del grupo de docentes de Italia y SIRTS dieron un realce y una aportación muy grande a la Terapia Familiar en México y latino América nos permitió poder recibir nuevas aportaciones en la temática compleja del enfoque sistémico lo cual permitió y permite enriquecer a todos los presentes sus prácticas psicoterapéuticas en las distintas áreas de este modelo, las discusiones y reflexiones con este grupo de terapeutas e investigadores permitió estimular nuevas investigaciones y nuevas prácticas con la gran mayoría de los asistentes, por todo esto agradecemos al Dr. Adán y a la SIRTS, su presencia en este gran evento.

Un abrazo y gracias.

Dr. Felipe Gutiérrez Gutiérrez.  
Director General, CEFAP

## **Esplorare il mondo emotivo delle famiglie: alcuni strumenti di navigazione**

*(Exploring the families' emotional world: some navigation tools)*

Monica Gatti<sup>1</sup>

monica.gatti1978@gmail.com

### **SOMMARIO**

L'approccio sistemico, fin dalle sue origini e soprattutto negli ultimi decenni, ha dato molta importanza al mondo emotivo delle famiglie e a questo proposito sono stati creati numerosi strumenti per esplorarlo (ricordiamo, ad esempio, le sculture familiari di Virginia Satir, o il genogramma di Murray Bowen).

Le emozioni, infatti, sono connesse alla costruzione di significato nelle interazioni umane, sia a quelle immediate che con la dimensione storica, culturale, sociale e di genere (Bertrando, P., Arcelloni, T., 2014). I terapeuti possono fare ipotesi su queste "danze emotive" (comprese quelle che hanno luogo nel sistema terapeuta/cliente) e tali ipotesi possono indirizzare interventi volti a generare diverse sequenze emotive.

Lo psichiatra e psicoterapeuta sistemico francese Philippe Caillé ha raccolto diversi strumenti clinici - chiamati "oggetti fluttuanti" - che rappresentano un ponte per connettere significati cognitivi ed emotivi, un grande supporto per costruire nuove narrazioni da parte dell'individuo o dei membri della famiglia con il clinico. Sono oggetti che fluttuano tra il terapeuta e la famiglia, sviluppando la creatività del lavoro terapeutico. Caillé ha presentato 10 oggetti fluttuanti, ma sottolinea che il loro numero è illimitato perché ogni terapeuta potrebbe inventarne di nuovi e - aggiungo io - prendere su questo proposito spunto anche da altri approcci psicologici. L'articolo presenta diversi strumenti clinici analogici, soprattutto visivi, che permettono di intercettare la dimensione emotiva, anche ciò che non è razionale o chiaramente consapevole, al fine di arricchire il bagaglio dello psicoterapeuta sistemico.

**PAROLE CHIAVE:** esplorare le emozioni, strumenti analogici, terapia sistemica

### **ABSTRACT**

Since the origin and especially in the last decades, the systemic approach has given lots of importance to the emotional world of families and lots of tools has been created to explore it (we can remember, for example, the family sculptures of Virginia Satir, or the genogram of Murray Bowen).

In fact, emotions are connected to meaning making in human interactions, not only in the immediate interactions, but they are also connected with the historical, cultural, social, and gender dimensions (Bertrando, P., Arcelloni, T., 2014). Therapists can hypothesize about these "emotional dances" (including those that are taking place in the therapist/client system) and such hypotheses can inform interventions aimed at generating different emotional sequences.

The French psychiatrist and systemic psychotherapist Philippe Caillé collected different clinical tools - called "floating objects" - that represent a bridge to connect cognitive and emotional meanings, a great support to built new narrations by the individual or the family's members with the clinician.

---

<sup>1</sup> Psicologa, PhD, psicoterapeuta sistemico-relazionale, Segretario SIRTS, docente della SPIC (Scuola di Psicoterapia Integrata e di Comunità) di Busto Arsizio (MI), membro dell'Unità di Ricerca in Psicologia delle Arti e degli Ambienti dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano

They are objects that float between the therapist and the family, developing the creativity of therapeutic work. Caillé presented 10 floating objects but also says that the number of floating objects is unlimited because every therapist could invent new ones and - I add - get ideas also from other psychological approaches. The article presents different clinical tools, especially visual ones, which allow to intercept the emotional dimension, also what is not rational or clearly aware, in order to enrich the baggage of the systemic psychotherapist.

**KEY WORDS:** exploring emotions, analogic tools, systemic therapy

## **INTRODUZIONE**

Nella pratica clinica - lavorando sia con le famiglie e le coppie in particolare, ma anche con gli individui - a volte mi sono sentita come coinvolta in una tempesta, in un mare in burrasca, dove non era ben chiaro dove si stesse andando e dove era anche necessario riuscire a tenere il timone fermo per attraversare certe turbolenze che le persone stavano incontrando in quel momento, soprattutto nelle cosiddette famiglie ad alta emotività espressa (Bertrando, 1997); in altre situazioni invece mi sono trovata in situazioni di deserto emotivo dove era veramente difficile riuscire a individuare dei vissuti, dei significati e a volte proprio anche dei contenuti. In queste due situazioni così sfidanti ho sentito sempre più spesso il bisogno di cercare degli strumenti che potessero aiutare me stessa, ma anche le persone che stavo incontrando, ad orientarci nell'esplorazione del loro mondo emotivo, mantenendo una posizione di guida calma e sicura del processo terapeutico.

Sicuramente le emozioni sono molto connesse anche coi significati che diamo alle interazioni umane, quindi esplorare le emozioni significa anche esplorare significati che si attivano non solo nell'interazione immediata come quella che può accadere nella relazione terapeutica durante la seduta, ma anche come le emozioni e il loro significato si collegano anche a delle dimensioni più grandi, più ampie, che riguardano la storia, la cultura, la vita sociale, piuttosto che tematiche specifiche come quella di genere (oggi particolarmente in evidenza). Come ci dicono anche Bertrando e Arcelloni (2014), noi terapeuti cerchiamo di costruire delle ipotesi su queste danze emotive che avvengono nelle nostre interazioni con i nostri clienti/pazienti, ma anche quando le osserviamo in diretta tra i vari membri della famiglia, ed è proprio questo tipo di danze che possono ispirarci per creare poi degli interventi o anche semplicemente ci possono aiutare a generare delle sequenze emotive diverse che possono introdurre un cambiamento. E' come cercare di "perturbare il sistema" e/o proporre una nuova modalità emotiva e razionale.

Questo articolo ha quindi l'obiettivo di presentare alcuni strumenti di navigazione che ho trovato particolarmente utili nel mio percorso clinico e che derivano da due mie "anime professionali" diverse: da un lato l'esperienza clinica di psicoterapeuta sistemico-relazionale che ha integrato contenuti, metodi e strumenti anche di altri approcci, e dall'altro un approfondimento nell'ambito della psicologia dell'arte e dei linguaggi artistici che ho potuto sviluppare nel mio percorso universitario e post universitario in collaborazione con l'Unità di Ricerca in Psicologia delle Arti e degli Ambienti dell'Università Cattolica di Milano.

Presenterò quindi strumenti che deriveranno dalla tradizione sistemica, ma anche da altri approcci, con l'idea che questi strumenti in sé non abbiano una rigida connotazione epistemologica o teorica, ma che in base alla propria formazione, ai propri riferimenti e obiettivi di lavoro, possano essere utilizzati per co-costruire coi nostri clienti/pazienti delle mappe di conoscenza e comprensione utili.

## **STRUMENTI ANALOGICI PER L'ESPLORAZIONE CLINICA**

### **1. I pionieri sistemici del lavoro con strumenti analogici**

Nella storia della sistemica ci sono sicuramente dei pionieri che hanno iniziato a utilizzare questi tipi di strumenti analogici e in particolar modo visivi. Una di questi è sicuramente Virginia Satir, una delle "madri" dell'approccio sistemico, che nel lavoro con le famiglie proponeva attività molto stimolanti ancora oggi valide - come per esempio quella delle sculture familiari - che prevedevano anche l'utilizzo del corpo per poter comunicare dei significati relazionali e dei vissuti emotivi, a volte più difficili da esprimere a parole o di cui non si è nemmeno sempre così ben consapevoli. Diventava quindi un modo per bypassare quella che Bateson (1972) chiamava "la finalità cosciente".

Possiamo poi citare Murray Bowen noto per il suo importantissimo apporto con il genogramma familiare, sicuramente uno degli strumenti principe del nostro lavoro clinico, che rappresenta una mappa e una guida preziosissima.

Dopo questi primi contributi dei pionieri della terapia della famiglia tanti colleghi hanno proposto nuove soluzioni per esplorare il mondo emotivo delle famiglie, per aiutare sia noi terapeuti nel costruire le nostre ipotesi, ma anche le persone che incontriamo allargare la propria conoscenza di sé e anche della propria difficoltà o del proprio “problema”, così come delle risorse a disposizione.

## **2. Philippe Caillé e gli “oggetti fluttuanti”**

Un contributo fondamentale è stato dato dallo psichiatra e psicoterapeuta sistemico francese Philippe Caillé (1994), che ha proposto nel suo testo "Gli oggetti fluttuanti: metodi di interviste sistemiche" una raccolta di possibili ulteriori strumenti ad utilizzo del clinico che vuole appunto esplorare questi vissuti e questi significati. Questi oggetti sono particolarmente importanti perché consentono l'integrazione dell'aspetto cognitivo e dell'aspetto emotivo, quindi offrono l'opportunità di esplorare e di co-costruire nuovi significati, stimolando l'elaborazione e la riflessione. Attraverso questi metodi di intervista è possibile costruire nuove narrazioni che possano essere utili sia all'individuo che alla famiglia - oltre al clinico - quindi, in un'ottica post costruzionista, dove la narrativa è l'approccio che attraversa vari paradigmi terapeutici. La loro applicazione è spendibile sia nel lavoro con le famiglie e con le coppie, ma anche con l'individuo, in diverse fasi dell'attività terapeutica, e particolarmente nel corso della fase intermedia, dopo aver affrontato l'urgenza, per far emergere la radice storica ed emotiva del problema, ma anche in un momento conclusivo, al fine di facilitare un bilancio dell'esperienza di terapia.

Possiamo immaginare gli oggetti fluttuanti come un posto di passaggio, da qui l'idea di un ponte che connette attraverso le relazioni gli individui, ma che possono anche creare delle opportunità di cambiamento. Sono dei ponti relazionali, ma anche dei ponti per costruire appunto nuovi significati, nuovi modi di comunicare, spesso anche senza l'utilizzo delle parole che a volte sono opportunità ma altre volte diventano un vincolo. La forza di questi oggetti, che sono anche oggetti simbolici, è quella di creare una memoria collettiva, una narrazione condivisa e condivisibile. Caillé ne presenta 10, però già nell'introduzione del suo testo, anticipa come sarebbe bello costruirne un seguito. Invita proprio il lettore a diventare protagonista attivo di questo processo e di non pensare solo a come utilizzare in modo più creativo gli oggetti da lui proposti, ma anche di pensarne di nuovi, ovviamente sempre con un'idea clinica che li guidi, con una epistemologia di riferimento e ovviamente con un'adeguatezza rispetto alla situazione che si sta incontrando; quindi non "fare tanto per", ma un fare al servizio del sapere e del conoscere.

Questi oggetti “fluttuano” - da qui il nome - tra i terapeuti e famiglie, dando una spinta creativa al lavoro clinico, inoltre questi strumenti danno una marca di contesto all'incontro. Occupano un po' quello spazio intermedio tra lo spazio fisico della famiglia e quello del terapeuta, ma anche tra la mente della famiglia, le menti delle membri della famiglia e quella del terapeuta, offrendo una sorta di zona di sviluppo prossimale (direbbe forse Vygotskij) dove è possibile oscillare ed esplorare insieme, senza una direzione forzata o uno stabilire a priori dei contenuti, proprio perché questi oggetti aprono a tante possibilità. Ho sempre considerato un meta-obiettivo della terapia quello di offrire più grandi di libertà alle persone che incontriamo e questi strumenti si prestano particolarmente al perseguirlo perché aprono e non chiudono, sono strumenti che - come direbbe sempre Bateson - pongono delle domande non banali, di cui non esiste una sola risposta giusta predefinita, ma a cui ciascuno può aggiungerci del proprio, rispettando la propria identità sia individuale che familiare.

### **2.1. Lo stemma familiare e il gioco dell'oca sistemico**

Voglio ora soffermarmi su due di questi strumenti che ho trovato facilmente spendibili nella mia attività clinica e di formazione. Il primo è il blasone/stemma familiare, che mi è capitato di sperimentare ad esempio con gruppi di parent training per esplorare le aspettative dei genitori rispetto al percorso in fase di avvio e creare un'identità di gruppo basata su quello che li accomunava. Tradizionalmente il blasone familiare ha lo scopo di esplorare la cultura di appartenenza del gruppo, quindi quelli che sono i valori della famiglia, ma anche quelli che sono i loro vissuti nel passato, nel presente e anche nel futuro; quindi introduce anche una dimensione temporale prospettica molto interessante e offre l'opportunità di esprimere delle dimensioni identitarie attraverso un canale che non è quello della parola, ma quello dell'immagine che quindi si presta a espressioni



e interpretazioni diverse. Partendo da questo prodotto possiamo poi procedere con l'esplorazione attraverso l'intervista sistemica - utilizzando quindi anche le domande circolari, piuttosto che seguendo le varie linee guida delle domande sistematizzate da Karl Tomm (1988) in lineari, circolari, strategiche e riflessive.

Un'altro strumento che ho trovato particolarmente interessante e che viene utilizzato non solo nei contesti terapeutici, ma anche per esempio nella mediazione familiare, è il gioco dell'oca sistemico. Viene ripreso il gioco da tavolo tradizionale, ma lo si mette a disposizione con un'accezione nuova, differente. Viene presentata ai clienti/pazienti la riproduzione di un percorso che tradizionalmente viene fatto con un lancio di dadi e i vari giocatori devono raggiungere la casella finale e vince chi arriva primo. Nell'ottica del gioco dell'oca sistemico, l'obiettivo non è però arrivare per primi alla fine, ma fare insieme - in coppia - un percorso. Solitamente viene chiesto ai due partner di individuare i 10 momenti più significativi della loro storia di coppia, dopodiché ciascuno dei due sceglie di rappresentare il proprio vissuto rispetto a ciascun momento attraverso una delle carte proposte, simili a quelle dei tarocchi (come grafica e come simbologia). L'aspetto molto interessante e innovativo di questa proposta è che ciascuna carta è portatrice di due significati complementari dichiarati, due accezioni diverse che possono aiutare le persone a esprimersi quando magari non ne avrebbero le parole (come dicevo all'inizio capita di incontrare delle situazioni in cui c'è una povertà di linguaggio emotivo oppure proprio una difficoltà a saper riconoscere le proprie emozioni). Trovare già delle possibili spiegazioni è un modo per aiutare le persone a esprimersi e il fatto che ciascuna carta possa avere due accezioni differenti offre l'opportunità a ciascuno di dire che si può vivere un determinato momento con emozioni diverse: dove magari ci può essere la curiosità, l'eccitazione per il nuovo, ci potrebbe essere anche il timore per il non noto. Consente quindi l'apertura a un racconto, una narrazione di sé molto più complessa, molto più articolata, e favorisce anche l'ascolto di sé e dell'altro.<sup>2</sup>

### **3. Il genogramma fotografico e il genogramma con immagini d'arte**

Altri interessanti strumenti di matrice sistemica sono poi il genogramma fotografico proposto da Rodolfo De Bernard, uno dei compianti maestri italiani particolarmente appassionato dell'uso delle immagini e degli stimoli artistici in clinica (1987), e una variante ideata da Monica Pratelli, sua storica collaboratrice: il genogramma con immagini d'arte.

Per la presentazione trigerazionale della famiglia De Bernard propone l'utilizzo delle fotografie originali, aspetto particolarmente interessante perché l'immagine fotografica favorisce la connessione emotiva ed evoca in modo ancor più forte la relazione già nella fase di ricerca di queste fotografie. Questo tipo di immagini veicolano tantissime informazioni aggiuntive, perché già dalle espressioni dei volti, dalle posizioni che occupano, dalla scelta del paziente di una certa immagine - magari riferita a una particolare situazione - piuttosto che un'altra, il racconto della propria famiglia si arricchisce di coloriture emotive e connessioni preziose, che amplificano il potere conoscitivo del genogramma storico-geografico. De Bernard (2013) suggerisce di far raccogliere 30 fotografie per dare un numero limitato, che contenga questa attività. Sta poi a ciascun clinico scegliere come declinare le consegne; De Bernard offre comunque tutta una serie di distinzioni in base al fatto che questa attività sia proposta a una famiglia, a una coppia o a un individuo.

Per via del mio percorso in psicologia dell'arte, ho poi particolarmente apprezzato la proposta di Monica Pratelli (2017), che trovandosi in una situazione di empassa terapeutica con una signora che stava seguendo e che non non si sentiva proprio agio a recuperare le fotografie (oltre che aver proprio problemi a recuperare questo tipo di materiale), ha pensato di proporre questa variante in quanto la paziente era particolarmente avveza all'arte. Tutto è partito chiedendo alla signora di scegliere un quadro che rappresentasse la persona di cui stavano parlando per lavorare sulla loro relazione. L'immagine d'arte si connette ancor più al piano simbolico, in quanto solitamente la scelta non avviene per similitudine estetica, ma per la sensazione che l'opera evoca, inoltre rappresenta una sorta di "madelaine" (secondo il poeta Proust), in quanto evoca una serie di sensazioni e percezioni sensoriali, connettendosi quindi alle memorie implicite.

Monica Pratelli propone poi alle persone di costruire degli album in cui raccogliere le immagini via via scelte nel percorso terapeutico per rappresentare le persone significative e lavorare sulla loro relazione. L'album può poi essere sfogliato a distanza di tempo, anche modificato. Per facilitare inoltre le persone che non hanno una grande conoscenza artistica, Pratelli suggerisce di preparare noi terapeuti delle raccolte di immagini da

---

<sup>2</sup> Un'altra proposta molto interessante per lavorare con le coppie sulla loro storia e sui loro vissuti ci è stata offerta più recentemente da Francesco Bruni e dai suoi collaboratori (2007) che hanno ideato "il gioco dei destini incrociati"

proporre. Ad esempio, Conny Leporatti (2020) - altra collega che da tempo utilizza le immagini d'arte nel lavoro clinico - ha selezionato una serie di immagini artistiche (suddivise anche per area tematica) per avere un ventaglio di scelte possibili nel momento in cui si decide di lavorare su un certo argomento. Questo "kit pronto all'uso" viene poi declinato dal clinico e dalle sue domande.

#### **4. Le Phototherapy techniques di Judy Weiser**

Judy Weiser, psicologa e fotografa canadese già negli anni '70 aveva iniziato a cogliere le potenzialità delle fotografie nel lavoro clinico (tra i suoi allievi ha avuto anche Rodolfo De Bernard e anche Virginia Satir ha avuto modo di conoscere e di apprezzare il suo lavoro). Partendo da una prospettiva psicodinamica, Judy Weiser aveva visto come attraverso l'utilizzo delle fotografie si potesse attivare il cosiddetto processo proiettivo: se cogliamo certi aspetti nelle immagini è perché rispecchiano qualcosa che abbiamo dentro di noi e potrebbero quindi aiutarci a esprimere contenuti meno consapevoli e/o anche abbassare quelle che in ambito psicodinamico vengono definite difese, proprio perché non si ha la percezione di parlare troppo direttamente di noi stessi o di nostri contenuti "scomodi" o "censurati".

Judy Weiser idea e propone delle attività specifiche collegate alle fotografie da poter proporre nella pratica clinica e le definisce proprio tecniche di fototerapia, assimilandole alle 5 dita di una mano: possono infatti essere utilizzate in modo indipendente o integrato. La prima tecnica che è poi sottesa a tutte le altre è il photoprojective: alla persona viene posta una domanda o data una consegna a cui rispondere attraverso la scelta di fotografie tra quelle proposte. Se per esempio nel lavoro con la persona stiamo lavorando su una particolare tematica, ad esempio la rabbia, possiamo chiederle di scegliere delle immagini, ad esempio 10 - quante poi lo stabiliamo noi - che rappresentano la sua idea/il suo vissuto di questa emozione, il rapporto che ha con essa... e da lì si parte con un'intervista in cui lasciarsi guidare dalla curiosità (come ci ha insegnato Gianfranco Cecchin, 1987) tenendo conto di quanto già emerso nel processo terapeutico con la persona. Judy Weiser propone comunque una serie di domande che ci possono sostenere nell'esplorazione. Un'altro compito può essere poi quello di chiedere al paziente di portare le fotografie di sé scattate da altre persone. Già introducendo il ruolo del fotografo, la prospettiva quindi di un'altra persona, si apre a una visione maggiormente relazionale e circolare, da stimolare poi con le successive domande. Un'altra grande possibilità di lavoro è offerta poi dall'utilizzo degli autoritratti fotografici, uno spaccato della visione di noi stessi, oggi anche facilmente disponibili grazie ai selfie che si possono scattare coi cellulari. Questa tecnica permette di esplorare le diverse sfaccettature del sé (professionale, amicale, genitoriale, di coppia, filiale, etc.), anche in diversi contesti o periodi di vita.

L'ultima tecnica su cui mi soffermo è quella degli album di famiglia. Consiste nel proporre alla persona di raccogliere delle fotografie che rappresentino i membri della propria famiglia. A differenza del genogramma fotografico, non viene data l'indicazione di ricostruire le tre generazioni e non c'è necessariamente un intento di completezza. La narrazione, a partire dal materiale fotografico, indaga anche ciò che non è rappresentato all'interno dell'album: lutti, litigi e malattie, e tutti quei momenti che non vengono normalmente celebrati dallo scatto fotografico. Un esercizio ulteriore proposto da Judy Weiser a partire da questa attività e che ha trovato particolarmente interessante è quello dei family rings, cioè dei cerchi familiari. Una volta esplorate e raccontate le fotografie che rappresentano i membri della famiglia, si chiede alla persona con cui si sta lavorando in quel momento di disporre queste immagini davanti a sé in semicerchi via via più distanti dalla persona che li sta costruendo e che occupa una posizione centrale. Le persone che si sentono più vicine a sé vengono posizionate nel primo semicerchio e così via: la distribuzione nello spazio del tavolo consente quindi di rappresentare una maggior vicinanza o distanza emotiva, indipendentemente dalla generazione a cui appartengono. Ricordo per esempio una signora che si sentiva particolarmente vicina agli uomini della sua famiglia che aveva infatti posizionato più vicino a sé, mentre aveva disposto i personaggi femminili in un semicerchio più distante. Il criterio organizzatore è scelto dalla persona... tuttalpiù il nostro compito sarà quello di aiutarla a tradurlo in parole e riflettere su queste nuove o consolidate consapevolezze.

#### **5. Il Photolanguage**

Un ulteriore possibile utilizzo di strumenti analogici nella pratica clinica ci è suggerito da Claudine Vacheret (2000) che ha portato all'attenzione della comunità clinica il photolanguage, nato in Francia a Lione negli anni '60, grazie alle esperienze maturate da Pierre Babin (formatore), Alain Baptiste (psicosociologo) e Claire Belisle (psicologa) nel lavoro con gli adolescenti. L'idea sottesa e la metodologia è simile a quella del photo-

projective, ma il contesto di applicazione è quello grupppale. In letteratura ci sono diverse esperienze appunto con gli adolescenti, ma anche con gruppi che condividono una fase particolare di vita, come ad esempio gli anziani o i gruppi di accompagnamento delle donne al parto (cito ad esempio l'esperienza promossa dallo Studio ArteCrescita di Milano), o con tipologie specifiche di utenza (ad esempio con pazienti psichiatrici (Belgiojoso, D'Ercole, 2012).

Si dispongono diverse fotografie in terra o su un grande tavolo al centro e il clinico pone una domanda, solitamente doppia, ai partecipanti del gruppo, che dovranno rispondere attraverso la scelta di due immagini. Ad esempio, si potrebbe chiedere l'immagine che rappresenta la sua migliore qualità e il suo peggior difetto. Le due immagini consentono l'emergere di una narrazione non chiusa o di per sé assoluta, ma sempre complessa e anche in qualche modo più varia. Ciascuno dei partecipanti viene infatti chiamato a raccontare perché hai scelto quelle due immagini (e la stessa immagine può essere scelta da più persone anche con accezioni diverse sia in termini "positivi" che "negativi", ma anche associandole a significati differenti). Favorisce quindi la simbolizzazione, l'*Insight* e l'accettazione delle diversità e porta verso una migliore conoscenza di se stessi e degli altri. Diversi punti di vista si confrontano e ciò può portare ad una discussione da cui si ha la modifica della propria iniziale percezione dell'immagine oppure un aumento della tolleranza della diversità del punto di vista altrui. Vi sono inoltre altri benefici: si esercita l'attenzione, l'ascolto attivo e la cooperazione, si sperimenta la fiducia ed il sostegno reciproco arrivando alla condivisione di un'identità di gruppo.

## 6. Il Photocollage

Un altro utile metodo di lavoro è quello del collage che può essere un fotocollage o un collage da costruire partendo da immagini ritrovate ad esempio in riviste. Lo scegliere le immagini - in risposta a una domanda del terapeuta - ma soprattutto il combinarle poi insieme è un atto già di per sé integrativo e quindi con un alto potenziale terapeutico. Attraverso un atteggiamento che combina abbandono e vigilanza, il collage offre l'occasione di un processo rielaborativo simile a quello del sogno (Belgiojoso et al., 2016).

In letteratura sistemica possiamo trovare contributi significativi nuovamente di Rodolfo De Bernart (1987), ma anche da esponenti dell'ambito artistico troviamo proposte interessanti che si ispirano all'arteterapia, come quella di Sabine Korth. Fotografa, da anni lavora col fotocollage e propone attività artistico-espressive molto interessanti che potrebbero essere integrate in un percorso terapeutico.

L'attività del collage è semplice e stimolante, facile da proporre... basti pensare a quanto i bambini si divertono a ritagliare e incollare. Il collage viene tradizionalmente utilizzato nel lavoro con le coppie per esplorare la loro rappresentazione dello stare insieme, magari focalizzandosi su alcuni aspetti, come ad esempio la sessualità, ma nulla vieta di proporlo anche in un percorso individuale, magari in seguito alle foto-therapy techniques, oppure lavorando con una famiglia o un gruppo per far emergere - un po' come col blasone - degli aspetti aggregativi o che si possono comunque integrare con un po' di creatività. Proprio il principio artistico o estetico potrebbe fornire degli spunti interessanti di riflessione.

## 7. Le Carte Dixit

In conclusione di questa carrellata vorrei presentare le carte dixit, che hanno recentemente richiamato l'attenzione di colleghi di diversi approcci terapeutici.

Il gioco da tavolo Dixit nasce nel 2002 in Francia dalla mente di Jean-Louis Roubira, neuropsichiatra infantile, specializzato nella relazione madre-bambino. Roubira era solito ritagliare immagini da riviste per bambini (soprattutto opere di Charles Perrault) per utilizzarle durante le sue psicoterapie. Concepisce questo "gioiello" come uno strumento al servizio di fantasia, immaginazione e strategia individuali, come opportunità per divertirsi insieme e condividere uno spazio mentale che si apre su incantati mondi simbolici e ispirazioni surreali. Le ottantaquattro carte del mazzo base (ce ne sono poi diversi) sono realizzate da Marie Cardouat, un'illustratrice di libri per bambini. Sono immagini altamente evocative e simboliche, che richiamano i cosiddetti archetipi, ispirandosi ai grandi dell'arte e della letteratura, da Magritte a Dalí, passando per Lewis Carroll.

Decontestualizzate dal gioco esse possono assumere la valenza di "oggetto fluttuante". Ai pazienti, sulla base di un tema-obiettivo condiviso (proposto da loro o suggerito dal terapeuta dopo un attento ascolto), viene infatti chiesto di operare con calma delle scelte, individuando sequenze di carte corrispondenti a rappresentazioni, emozioni e vissuti della propria interiorità. Attraverso le loro illustrazioni suggestive si favorisce il contatto

con ricordi e sensazioni presenti, ma non sempre disponibili. Per ogni carta si può poi richiedere una narrazione che includa un “prima” e un “dopo” in modo tale da tradurre in film un’immagine-fotogramma (Barone et al., 2019). Tutti i contenuti che a vari livelli scaturiranno dalla creazione di questo nuovo contesto esperienziale, potrebbero trovare una traduzione operativa nel processo di co-costruzione in essere, che sia un setting individuale, di coppia o familiare.

## CONCLUSIONI

Scopo di questa carrellata era offrire degli spunti per arricchire il bagaglio professionale dei clinici. Ritengo comunque importante sottolineare come questi vadano sempre proposti integrandoli nella propria cornice teorico-epistemologica e proposti con obiettivi clinici declinati nella relazione terapeutica che si sta vivendo, oltre che tenendo conto delle caratteristiche delle persone che stiamo incontrando.

Mi auguro di aver sollecitato un po’ la vostra creatività e curiosità, importantissime attitudini terapeutiche, e trasmesso il potenziale di questi strumenti analogici, come ha ad esempio ben illustrato la collega belga Alexia Jacques (2020) nel suo appassionato lavoro con i profughi del Burundi.

C’è ancora molto da scoprire e inventare, per cui concludo rinnovando ai lettori l’invito di Philippe Caillé di sperimentare questi “oggetti fluttuanti” e trovarne nuove applicazioni, così come nuovi strumenti da utilizzare nel lavoro terapeutico.

## BIBLIOGRAFIA

- Barone, M., Lanza, A., Cupini, A., Damicis, M., Marroni, F., Massimi, S. (2019). “L’oggetto Dixit nella pratica clinica: uno strumento analogico al servizio della co-costruzione”. *Ecologia della mente*, 42(2): 172-215.
- Bateson, G. (1972). *Steps to an Ecology of Mind*. San Francisco: Chandler Publishing Company (trad. it. Verso un’ecologia della mente, 1978. Milano: Adelphi).
- Belgiojoso, F., D’Ercole, A. (2012). “Fotografia come oggetto di mediazione nel gruppo. Un percorso di Photolangage con pazienti psichiatrici”. *Quaderni di PsicoArt*, 2:2-12.
- Belgiojoso, F., Gatti, M., Calò, S., Bianchi, G., Aliprandi, M., D’Ercole, A. (2016). “Sull’utilizzo della fotografia in psicologia clinica”. *Psicoart* (rivista online), 6. DOI: 10.6092.
- Bertrando, P., (1997), *Misurare la famiglia. Il metodo dell’emotività espressa*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Bertrando, P., Arcelloni, T. (2014). "Emotions in the Practice of Systemic Therapy". *Australian and New Zealand Journal of family therapy*, 35(2): 123-135.
- Bruni, F., Caruso, S., Caspani, S., Polimeno, A., Ramella Benna, S. (2007). “I destini incrociati e la psicoterapia: una suggestione analogica”. *Psicobiettivo*, 27: 137-65.
- Caillé, P., Rey, Y. (1994). *Les Objets Flottants. Au-delà de la parole en thérapie systémique*. Paris: ESF.
- Cecchin, G. (1987). “Hypotesizing, circularity and neutrality revisited: an invitation to curiosity”. *Family Process*, 26(4): 405-413.
- De Bernart, R. (1987). “L’immagine della famiglia”. *Terapia Familiare*, 6: 3-4.
- De Bernart, R. (2013). “The photographic genogram and family therapy”. In Loewenthal D. (Ed.), *Phototherapy and therapeutic photography in a digital age*. New York: Routledge.
- Jacques, A. (2020). “Traversée de l’enfer et réhumanisation. L’outil photographique comme médium de ré silence chez des survivants burundais”. *Quaderni SIRTS*, 1: 37-47.
- Leporatti, C. (2020). *I colori della luce: Uso di immagini d’arte nella clinica e nella relazione d’aiuto*. Bologna: In riga Edizioni.
- Pratelli, M. (2017), “Il genogramma con immagini d’arte. Uno strumento per l’esplorazione della memoria e per la ricostruzione della storia personale”. *EXagere*, 10-11-12:1-22.
- Rizzi, N. (2010), “Autobiografia, photolangage e memoria del futuro”, *Proposta Educativa*, 2.
- Tomm, K. (1988). "Intendi porre domande lineari, circolari, strategiche o riflessive?". *Family Process*, 27: 1-14.
- Weiser, J. (1999). *PhotoTherapy Techniques. Exploring the secrets of personal snapshots and family albums*. Vancouver: PhotoTherapy Centre.

- Weiser, J. (2004). "PhotoTherapy techniques in counseling and therapy: Using ordinary snapshots and photo-interactions to help clients heal their lives". *Canadian Art Therapy Association Journal*, 17(2): 23-53.
- Vacheret, C. (2000). *Photo, groupe et soin psychique*. Lyon: Presses Universitaires de Lyon. (Edizione italiana a cura di Maria Clelia Zurlo (2008), Foto, gruppo e cura psichica. Il fotolinguaggio come metodo psicodinamico di mediazione nei gruppi. Napoli: Liguori.)
- Vacheret-Vivier, C. (2006). "Il Photolangage®: un metodo a veduta terapeutica o formativa". *Funzione Gamma*, <http://www.funzionegamma.it/il-photolangage-un-metodo-gruppale-a-veduta-terapeutica-o-formativa/>

## **Applicazione del genogramma e interventi sistemici in gruppo multifamiliare.**

*(Application of the Genogram and Systemic Interventions in a Multifamily Group)*

Dott.ssa Patrizia Frongia [pafrong@gmail.com](mailto:pafrong@gmail.com)

Dott. Carlos Tapia Molina [catamo@fastwebnet.it](mailto:catamo@fastwebnet.it)

### **SOMMARIO**

Ci sono molti modi di condurre e gestire un gruppo multifamiliare. In questo lavoro prenderemo in considerazione come abbiamo applicato il genogramma e il modello sistemico in un contesto psichiatrico Milanese.

E. Asen, parlando della terapia multifamiliare sosteneva che confrontandosi “i familiari potevano iniziare a comprendere i comportamenti disturbati dei pazienti designati...”. Partendo da questa premessa, abbiamo lavorato con un gruppo di famigliari di pazienti psichiatrici sulla comunicazione dei propri vissuti, sul confronto delle proprie esperienze con un familiare malato. Abbiamo applicato il genogramma di fronte al gruppo multifamiliare i cui membri si trovavano in diverse fasi del ciclo di vita, ed erano coinvolti nella gestione della malattia psichiatrica. La nostra idea è che il gruppo multifamiliare funzioni come il coro nella tragedia greca, partecipa e dà qualcosa in cambio. Ogni individuo della famiglia si rispecchia e osserva come affrontano e risolvono, oppure rimangono bloccati, gli altri componenti del gruppo di fronte agli eventi della vita. Questo interscambio tra narrazioni, culture di appartenenza, riti familiari e miti, introduce differenze che permettono altre visioni e nuove soluzioni. Mettere in comune la propria storia ha agevolato la comprensione della trasmissione dei modelli familiari e il riconoscere i passaggi generazionali di ogni partecipante. Dal lavoro in gruppo è emerso un maggior supporto reciproco, un incremento della capacità di empatizzare con l'altro. I terapeuti funzionano come catalizzatori delle potenzialità e delle risorse del gruppo dando ai partecipanti la possibilità di far emergere e sperimentare le proprie risorse oltre a prendere consapevolezza del proprio peso all'interno delle relazioni. L'interazione tra i familiari, come esperienza vissuta, diventa una risorsa essenziale e gioca un ruolo fondamentale nel deuteroprendimento.

**PAROLE CHIAVE:** Gruppo multifamiliare, Genogramma, Trasmissione intergenerazionale, Riti familiari, Miti familiari

### **ABSTRACT**

There are many ways to lead and manage a multi-family group. In this work, we will consider how we applied the genogram and the systemic model in a psychiatric setting in Milan.

E. Asen, when discussing multi-family therapy, argued that through interaction "family members could begin to understand the disturbed behaviors of the identified patients...". Building on this premise, we worked with a group of family members of psychiatric patients, focusing on the communication of their lived experiences, and comparing their personal experiences with having a mentally ill family member. We applied the genogram in front of the multi-family group, whose members were at different stages of the life cycle and were involved in managing psychiatric illness. Our concept is that the multi-family group functions like the chorus in Greek tragedy, participating and contributing in return. Each family member reflects on and observes how other group members face and resolve, or remain stuck, in life's challenges. This exchange of narratives, cultural backgrounds, family rituals, and myths introduces new perspectives and solutions. Sharing personal stories has facilitated the understanding of how family patterns are

transmitted and helped participants recognize generational transitions. Group work led to increased mutual support and enhanced the ability to empathize with others.

Therapists act as catalysts for the group's potential and resources, giving participants the opportunity to explore and experiment with their own strengths, while becoming aware of their role in relationships. The interaction among family members, as lived experience, becomes a key resource and plays a fundamental role in deuterio learning.

**KEY WORDS:** Multifamily group, Genogram, Intergenerational transmission, Family rituals, Family myths

*“...Qui non c'è il giudizio. (...) Qui ci sentiamo tutti uguali.”*

### **La nostra premessa sul gruppo multifamiliare**

Asen (2002) sosteneva che confrontandosi in gruppo le famiglie avevano migliorato sia la comunicazione che la comprensione della malattia e che erano in grado di riesaminare la propria vita in maniera differente e con nuove prospettive. Siamo partiti dal concetto di Asen sulla terapia multifamiliare per costruire il nostro gruppo. Per noi il gruppo multifamiliare è un sistema costituito da un certo numero di persone che interagiscono in maniera regolare tra loro. Cosa significa? Significa che queste persone parlano, si ascoltano, entrano in relazione attraverso la condivisione di alcune regole come dove e quando incontrarsi e per quanto tempo entrano in relazione con il contesto in cui si trovano.

### **Il Contesto**

In questo articolo descriveremo come il modello del Milan approach è stato applicato ad un gruppo di familiari di persone con diagnosi psichiatrica. Siamo a Milano in un Centro di Riabilitazione Psichiatrica Territoriale (CRA). Il Centro è composto da una struttura residenziale che può accogliere fino a venti persone, la cui degenza riabilitativa può avere una durata massima di diciotto mesi, e un Centro Diurno (CD) aperto agli utenti del territorio per le attività riabilitative sia di poche ore che di durata giornaliera, senza limite di tempo. Al CRA e al CD si accede su proposta dello psichiatra curante, che sottopone la richiesta al parere dell'équipe al fine di predisporre un Piano Terapeutico Riabilitativo Individuale. L'attività riabilitativa viene svolta nei vari servizi territoriali Centro Psicosociale e Centro Diurno (CPS e CD), oppure mediante l'ammissione del paziente alla Comunità Riabilitativa di Alta Assistenza (CRA). I professionisti che hanno in carico gli ospiti appartengono a tre realtà psichiatriche dell'ospedale: il Centro Psico-Sociale, il Centro Diurno e la Comunità Riabilitativa di Alta Assistenza. Psichiatri, psicologi, neuropsicologi e infermieri, ma anche figure dedicate (come gli educatori professionali e i terapisti per la riabilitazione psichiatrica) si prendono cura degli ospiti quotidianamente, indirizzandoli e sostenendoli durante tutto il lavoro di cura. Nei vari servizi sono attivi anche percorsi specifici per accompagnare l'utente all'inserimento lavorativo. I nostri pazienti presentano diversi disturbi: Disturbi dell'umore (Disturbo depressivo unipolare e bipolare), Disturbi schizofrenici, Disturbi ossessivo compulsivi, Psicosi, Disturbi schizoaffettivi, Disturbi di personalità, Disturbi d'ansia generalizzata.

Il nostro lavoro prevede un lavoro articolato e integrato a più livelli del sistema:

- Uno sull'ospite dal punto di vista riabilitativo clinico e sociale, perché la malattia determina una compromissione delle relazioni, delle abilità cognitive come mettere in sequenza le cose, prendere decisioni, difficoltà d'attenzione e concentrazione e alterazioni della memoria;

- Uno sui gruppi riabilitativi per ospiti;
- Uno sui familiari con colloqui individuali e terapia familiare;
- Uno sui gruppi multifamiliari;
- Una colleganza sulla rete territoriale (servizi di orientamento al lavoro, stage, cooperative...).

Ogni ospite ha un percorso personalizzato che prevede piccoli step da raggiungere, verifiche periodiche, e una evoluzione che ha come finalità la dimissione, con il reinserimento territoriale. L'obiettivo è quello di recuperare gradualmente le abilità assopite e riprendere a gestire le occupazioni della vita quotidiana, in modo sempre più autonomo.

### **Il lavoro con il gruppo multifamiliare**

Gli incontri del Gruppo sono mensili e della durata di due ore ciascuno, si tengono all'interno della comunità e sono condotti da due terapeuti sistemico-relazionali. E' un gruppo aperto che viene proposto a tutti i familiari degli ospiti della comunità, per cui in ogni incontro è possibile accogliere nuovi partecipanti. L'idea da cui siamo partiti è stata quella di offrire ai familiari del gruppo uno spazio in cui poter sperimentare nuovi approcci a situazioni difficili da affrontare. Nel gruppo le storie individuali e familiari sulla vita, sulle relazioni e su situazioni particolari si arricchiscono grazie all'ascolto attivo del gruppo. Riporteremo alcuni commenti dei familiari che hanno partecipato al gruppo:

**Familiare 1:** *“Mi porto a casa questa sensazione di condivisione di un problema che a volte mi sembra insormontabile. A volte pensiamo che nessuno può aiutarci, ma invece non è così perché anche io voglio avere la fiducia degli altri e che se hanno un problema lo possono condividere con me. Qui mi sento compresa e capita.”*

Nel gruppo, tutti hanno la possibilità di esprimere le proprie idee, e prendere consapevolezza del proprio peso all'interno delle relazioni. Il familiare nella sua narrazione mette in luce modi e comportamenti problematici, sperimenta l'universalità di alcune emozioni e sentimenti, e ha la possibilità di condividere con gli altri non solo la propria sofferenza, ma anche situazioni o vissuti positivi. Questi aspetti vengono visti e vissuti come una risorsa essenziale del processo di deuterio-apprendimento di tutto il gruppo. I familiari, attraverso l'ascolto delle altre storie, attraverso il confronto e il supporto reciproco, hanno la possibilità di sperimentarsi e percepirsi nelle relazioni in maniera diversa, incrementando la capacità di empatizzare tra di loro. Durante la narrazione viene alimentata “la relazione” all'interno del gruppo attraverso un senso di curiosità e desiderio di far fronte alle difficoltà reciproche. Questa relazione tra i familiari permette di vincere l'isolamento sociale che la patologia psichiatrica crea, si cerca di lavorare per ridurre lo stigma ed il pregiudizio sociale.

**Familiare 2:** *“Possiamo affrontare insieme questo problema che ci accomuna, penso sia un modo per non sentirci soli e abbandonati dall'intera società. Essere qui significa che noi esistiamo, che questo problema esiste e che esiste anche la possibilità di riuscire a vivere serenamente con questo problema, di non chiuderci e di non soffrire in solitudine. Vengo qui e so che ci sono le altre persone che soffrono come me e quando torno a casa spengo l'interruttore ed è tutto finito.”*

Come si evince dalla verbalizzazione dei familiari, durante gli incontri ogni partecipante ha la possibilità di aiutare il gruppo a diventare un microcosmo sociale in cui potersi sperimentare. Perturbando il sistema con domande e riflessioni, i terapeuti favoriscono l'evoluzione verso il cambiamento, introducendo un più alto livello d'interazione con il sistema ambiente che lo circonda.

**Familiare 3:** *“Mi porto a casa questa leggerezza, qui si discute di queste cose, è tutto facile, mentre a volte con il nostro familiare non lo trovo sempre naturale e ho anche difficoltà a trovare la fiducia (...). Mi porto a casa la leggerezza e la condivisione.”*



## Premesse e obiettivi

L'orientamento sistemico che noi seguiamo cerca di creare un contesto in cui sia possibile uscire dalla sofferenza e rigidità aprendosi a nuove soluzioni. Il nostro obiettivo è perciò creare situazioni che favoriscano la comparsa di altre rappresentazioni e di altri vissuti del reale, più flessibili e aperti.

Le nostre premesse sono:

1. Attraverso la connotazione positiva ogni componente del gruppo impara ad ascoltare e rispettare il punto di vista altrui, senza la pretesa di giudicarlo.
2. Agiamo in modo che i familiari inizino a pensare che possono concedersi di non vivere sempre e solo in funzione della patologia del proprio congiunto.
3. Cerchiamo di far emergere nei familiari la consapevolezza che i propri cari hanno ancora delle risorse.
4. Lavoriamo per spostare l'attenzione dalla "malattia" alle potenzialità e capacità dei pazienti.

Gli obiettivi che perseguiamo sono:

1. confronto interattivo: stimolare tutti i partecipanti a parlare avendo cura di rispettare i silenzi e salvaguardando le singole personalità.
2. Porre l'attenzione ai processi comunicativi e stimolare la riflessione su di essi piuttosto che limitarci all'analisi dei contenuti.
3. Fare in modo che ogni partecipante si senta libero di provare a fare nuove ipotesi.
4. Mettere in discussione i propri pregiudizi rispetto alla propria situazione.
5. Sollecitare i familiari a ricercare nuove soluzioni partendo proprio dalle proposte alternative che emergono dal gruppo.

## Strumenti sistemici

Nella progettazione di ogni incontro ci siamo chiesti "Da dove partiamo? Quali sono i bisogni del singolo individuo e quelli del gruppo?". La risposta che ci siamo dati è stata quella di partire dalle loro esperienze per poter introdurre nuove punteggiature e nuove modalità comunicative da poter sperimentare all'interno del gruppo; abbiamo cercato di favorire inoltre la riflessione personale, rispetto alle proprie premesse e cercato di offrire diversi momenti in cui potersi sperimentare.

**Familiare 4:** *Ho imparato ad "... avere un minimo di interesse per quello che dice mio figlio e cercare di capirlo, e poi forse quello di non guardare solo le cose sbagliate, ma di valorizzare anche quello che è in grado di fare. (...) In realtà in questi ragazzi ci sono tante cose patologiche, ma anche tante cose che non lo sono.(...) Mi piace molto questo modo di lavorare insieme e di arrivarci insieme."*

Nel lavorare con loro abbiamo utilizzato varie tecniche e strumenti per favorire la partecipazione. Abbiamo usato differenti modi di conduzione, avendo sempre un atteggiamento empatico con i membri del gruppo.

Nella nostra esperienza è stato importante rileggere in maniera circolare tutte le esperienze e fare ipotesi sulla comunicazione non verbale dei partecipanti al gruppo.

Tra gli strumenti maggiormente usati nel nostro lavoro con il gruppo emergono in particolare:

- Formulazione di Ipotesi
- Domande circolari
- Genogramma Multifamiliare.

Abbiamo applicato il genogramma di fronte al gruppo multifamiliare. Ogni partecipante ha esposto il suo genogramma davanti al gruppo. La nostra idea è che il gruppo multifamiliare funzioni come il coro nella tragedia greca, ogni membro del gruppo partecipa e dà qualcosa in cambio. Questo

strumento viene molto apprezzato dal gruppo ed è lo strumento che ci permette di aumentare la coesione e l'empatia del gruppo.

- Simulate e giochi di ruolo
- Stimolazione dell'emotività e valorizzazione personale. Il terapeuta, esprimendo le proprie sensazioni, i propri punti di vista e i propri modi di porsi stimola i partecipanti ad esporsi, facendoli riflettere sui loro vissuti, e facendogli sperimentare modalità di esprimere qualcosa di se stessi in maniera diversa.
- Contatto con il processo di gruppo. Il terapeuta in ogni momento deve saper calibrare i propri interventi considerando che i tempi del gruppo, si modificano con la consuetudine, la conoscenza e la pratica. Il terapeuta, attraverso un atteggiamento positivo di comprensione e rispetto verso ogni partecipante del gruppo, assume la premessa che ogni soggetto è capace e competente e con un bagaglio di potenzialità.
- Promuovere l'interazione all'interno del gruppo. Per fare questo, abbiamo favorito la condivisione delle esperienze individuali, coinvolgendo in maniera diretta il resto del gruppo, girando al gruppo le domande che i singoli ponevano al terapeuta.

**Familiare 5:** *“C'è uno scambio reciproco, ognuno porta qualcosa di suo, di personale, di capacità, materiali e psichiche, ognuno ha le sue forze, le sue debolezze, tutti insieme ci si può aiutare.”*

### **Percorso del gruppo**

I primi incontri fatti con il gruppo dei familiari sono stati di tipo informativo e condotti utilizzando il modello psicoeducativo per i primi trenta minuti lasciando poi spazio alle domande. L'intervento del terapeuta all'inizio di ogni incontro è informativo, risponde ai quesiti del gruppo, e spesso ha la funzione di migliorare la conoscenza sulla malattia, ottenere una migliore comprensione del comportamento del paziente, ridefinire le aspettative, e ridurre la paura e lo stress che deriva dalla non conoscenza della patologia. Durante gli incontri, abbiamo trattato le diverse patologie dal punto di vista clinico con le manifestazioni sintomatiche proprie di ogni singola patologia, in modo particolare della schizofrenia. Questi incontri sono stati impostati come dei momenti di formazione seguiti da momenti di discussione e di confronto, in cui ogni partecipante ha potuto esprimere la propria esperienza. Spesso le prime esperienze con i servizi, non sono positive, ma confrontandoci e fornendo loro più informazioni nel tempo hanno acquisito più fiducia nelle strutture. I familiari sentono che c'è una rete socio-sanitaria (equipe multi professionale) che li aiuta in questi tempi di individualismo e che li supporta nel superare i traumi sentendosi inseriti in una comunità. Li sosteniamo a sciogliere le resistenze nell'accettare i propri diritti, come fare richiesta di una pensione d'invalidità o richiedere l'amministratore di sostegno. In questi incontri è stato fondamentale il lavoro di deresponsabilizzazione dei familiari nei riguardi della patologia dei figli e di riduzione del senso di colpa nel pensare di esserne la causa. Un'importanza particolare è stata riservata inoltre alle informazioni riguardo il trattamento farmacologico e alla sua importanza anche nel caso di un buon compenso psicopatologico. Vengono chiariti i benefici della terapia farmacologica e gli effetti secondari, in questo modo miglioriamo la compliance farmacologica e aumentiamo la coscienza di malattia. In alcuni incontri si affronta il problema delle gestioni delle crisi e delle strategie da adottare in questi casi; in questi incontri i familiari di pazienti in trattamento da più anni, si sono comportati come veri “esperti” e sono stati di aiuto per chi si trova da poco a contatto con la patologia. Ognuno esprime le proprie paure e difficoltà, e le tipologie di soluzioni che hanno avuto successo nell'affrontare situazioni di crisi, scoprendo anche di avere delle potenzialità e delle risorse.

La fase successiva è stata quella di lavorare affinché venissero colte oltre alle loro risorse anche quelle del paziente. È stato importante e fondamentale per noi aiutare i familiari a superare la dicotomia malato/sano, depatologizzando e normalizzando, comportamenti e reazioni dei figli che fanno parte dell'esperienza umana, e sono comuni ad ogni individuo. L'obiettivo è stato quello di diminuire la tendenza a giudicare i

comportamenti e diminuire l'iper-coinvolgimento emotivo del genitore nei confronti dei figli. Abbiamo aiutato i familiari a contestualizzare il sintomo, attribuire significati relazionali e - attraverso il lavoro di gruppo - individuare prospettive di significato nuove: il confronto con persone che vivono quotidianamente gli stessi problemi e le stesse ansie e che portano le stesse domande fa diminuire nel familiare il senso di isolamento predisponendo a nuove aperture emotive e relazionali. Un passo successivo è stato quello di spostare il focus dell'intervento dal paziente al familiare, ai suoi vissuti e ai suoi bisogni; spesso, infatti, la malattia diventa l'unico argomento della vita familiare, si rinuncia ad interessi, momenti personali, alla propria vita individuale. Nel gruppo si è lavorato sul potenziamento delle risorse individuali dei partecipanti, aiutandoli a comprendere quali atteggiamenti, di iperprotezione o di critica, spesso siano espressione di personali difficoltà emotive piuttosto che risposte al modo di essere del familiare malato. L'obiettivo perseguito, lavorando con il genogramma multifamiliare, è stato quello di evidenziare come le fasi del ciclo vitale, i rituali, i miti familiari, la cultura di appartenenza, peculiari ad ogni individuo, nel tempo siano stati gli unici modelli a cui conformarsi. La possibilità di mettere a confronto la storia trigerazionale di altri familiari con la propria storia è stato un passaggio importante e produttivo per la crescita di ogni individuo del gruppo. Nel lavoro in gruppo si cerca di mettere in discussione le premesse di base, gli assunti familiari che non permettono di percepire i bisogni della persona e si promuove il riconoscimento dell'altro con le proprie emozioni, reazioni, modo di vedere e di pensare. L'intervento si è posto come obiettivo quello di portare i familiari ad un miglioramento delle capacità di accettare i comportamenti disturbanti della persona malata e del suo globale modo di essere.

## **Il Genogramma Multifamiliare**

Il genogramma multifamiliare è un'immagine grafica schematica che rappresenta il sistema di relazioni trigerazionali di una famiglia: nel nostro lavoro caso viene esposto di fronte ad un gruppo multifamiliare. Sappiamo che applicare il genogramma ha un potere terapeutico trasformativo per l'individuo e la famiglia, in quanto vedere rappresentata graficamente la propria storia permette all'individuo di lavorare sul sé e sulla propria famiglia. Quando lo applichiamo di fronte ad un gruppo di famiglie che condivide la stessa problematica tutto viene amplificato. Condividere la propria storia davanti ad un gruppo abbiamo visto che comporta maggiori benefici sui partecipanti; infatti, questo momento ha rappresentato un'ulteriore esperienza per il gruppo multifamiliare, una nuova opportunità di rivisitare la propria famiglia e contestualmente di costruire una significativa relazione con tutto il gruppo (Frongia, 2022).

Il genogramma multifamiliare inizia con la descrizione anagrafica della famiglia, arricchendo la narrazione di episodi significativi e comportamenti dei vari componenti. Durante la narrazione vengono descritte regole, rituali, miti familiari, somiglianze o differenze tra i componenti della famiglia, ma soprattutto viene descritto il tipo di comunicazione che circola nella famiglia. All'interno del gruppo, le domande, i commenti, le considerazioni, possono provenire sia dal terapeuta che dalle altre famiglie.

Il racconto del passaggio da una generazione all'altra comporta da un lato una risorsa e un aiuto, dall'altro la trasmissione di valori e tradizioni, vincoli culturali o segreti, sia per la famiglia narrante, che per il gruppo che ascolta. Questa trasmissione avviene per lo più in modo inconsapevole in coloro che la vivono direttamente. Le famiglie ascoltando, confrontandosi e condividendo la propria narrazione, verificano le differenze delle esperienze, comprendono meglio le dinamiche che sottostanno le loro scelte, e individuano nuove soluzioni. Mentre prende forma il genogramma, tutti gli ascoltatori si rendono conto che alcune caratteristiche, aspetti, ricordi, eventi familiari che avevano dimenticato o che non credevano importanti, hanno una rilevanza significativa. Vedere una rappresentazione grafica evidenzia concretamente le connessioni all'interno della storia familiare: ogni partecipante mentre guarda e ascolta, si può rendere conto che essere influenzati dalla cultura di appartenenza, dalle tradizioni e dai miti delle generazioni passate è un patrimonio comune di tutte le famiglie. Assistere alla rappresentazione di un genogramma attiva una riflessione su come funzionano le

famiglie, su come affrontano e risolvono gli eventi della vita, oppure vi rimangono bloccate. La stesura del genogramma fornisce spunti per individuare alcune problematiche comuni all'organizzazione delle singole famiglie e permette di cogliere in quale passaggio del ciclo di vita ci siano stati blocchi, che possano aver impedito o reso difficoltoso il processo di differenziazione individuale.

Ma quello che più ci preme sottolineare è la sua potenza nel far emergere le emozioni in chi racconta la propria storia e contestualmente in chi l'ascolta, permettendo il riappropriarsi del mondo emozionale familiare di tutti i partecipanti. Lavorare in gruppo e con il gruppo diventa un esercizio efficace sia per l'acquisizione di una lettura sistemico-relazionale dei vari eventi, che per la costruzione di una dinamica di gruppo.

## CONCLUSIONI

La nostra premessa sistemica è la rete relazionale; come sosteneva Gianfranco Cecchin (2009) quella rete comunicazionale tra esseri umani che esistono in relazione ad altri esseri umani. Quando mettiamo in comune la nostra storia, come abbiamo fatto con il genogramma multifamiliare, evidenziamo le modalità di relazione all'interno degli schemi familiari, agevoliamo la comprensione dei modelli familiari, e permettiamo alle persone di riconoscere i passaggi generazionali che spesso avvengono inconsapevolmente. Evidenziare il passaggio da una generazione all'altra, davanti ad un gruppo, comporta oltre ad una riflessione immediata sul proprio vissuto, un momento emotivamente intenso di crescita e consapevolezza del nostro presente e di ciò che siamo.

Abbiamo lavorato in gruppo e col gruppo in modo attivo, e questo ha permesso ai familiari di essere più motivati e coinvolti. Un modello non rigido e aperto al possibile, come quello usato, consente al singolo di sperimentare e acquisire maggiormente conoscenze e competenze. Lavorare in questo modo significa tenere aperta la porta al possibile, senza decidere a priori cosa deve accadere nel gruppo.

Nell'utilizzare l'approccio sistemico, e facendo riferimento alla seconda cibernetica, abbiamo preso in considerazione i bisogni di tutti i membri del gruppo e grazie alle storie narrate attraverso il genogramma multifamiliare si sono create le opportunità per sviluppare e rafforzare il senso di cooperazione e collaborazione, dando a tutti i partecipanti la possibilità di coinvolgersi attivamente. Abbiamo visto che in questo modo ogni familiare si è sentito accettato perché il suo fondamentale bisogno di appartenenza è stato soddisfatto e ha potuto sentirsi libero di mobilitare le risorse emotive e intellettuali per lavorare su di sé nel gruppo. Accompagnare i familiari a indagare i motivi e le dinamiche che stanno dietro alle crisi dei figli permette loro di uscire dall'angoscia e dall'impotenza. Ma soprattutto permette loro di poter ripensare a se stessi. Accompagnare i familiari verso l'acquisizione di un atteggiamento riflessivo porta dei benefici nella relazione con il paziente poiché essa viene molto spesso descritta e vissuta come una relazione pesante e accompagnata spesso da sentimenti negativi.

La cornice che i terapeuti hanno dato al gruppo per creare un ambiente di apprendimento rimanda a un clima empatico e non giudicante. Consapevoli che i familiari dei pazienti psichiatrici tendono a farsi carico di pesi e responsabilità in maniera eccessiva e colpevolizzante abbiamo cercato di favorire situazioni che facessero emergere una riflessione sulle proprie potenzialità e sulle capacità di riuscire a gestire in maniera più serena possibile il proprio mondo relazionale imparando a rispettare tempi e spazi propri e altrui. I feedback che abbiamo ricevuto dai partecipanti, come avete potuto leggere, confermano che è stato molto importante confrontarsi e che questi incontri con il resto del gruppo hanno contribuito a modificare dei comportamenti, a riflettere sulle relazioni, a co-creare situazioni che facessero emergere le potenzialità le capacità che spesso non vengono viste nei loro cari. Con il racconto del genogramma emerge a volte la frustrazione di qualcuno dei membri familiari del passato che potrebbe spiegare la frustrazione attuale del paziente designato. A volte il paziente designato cerca di realizzare inconsapevolmente il desiderio del familiare della generazione precedente; quindi, esiste una doppia frustrazione che si trasforma in un sintomo psicotico e che alla fine diventa una prigione mentale che impedisce la propria auto-realizzazione bloccando il processo di individuazione e separazione.

Ma quello che hanno riportato i partecipanti è stato il sentimento di appartenenza e il non sentirsi più soli.

**Familiare 6:** “...Immagino che il signore abbia un problema non molto diverso dal mio, io non l’ho mai conosciuto bene, ma se lo affrontassimo insieme magari avremmo un risultato molto più efficace, magari non otteniamo niente, però ne vale la pena sicuramente.... in genere questo tipo di problema tende ad isolarci... Generalmente io vedo che le famiglie che stanno peggio sono quelle che si isolano.”

## BIBLIOGRAFIA

- Asen, E. (2002). *Journal of family therapy*, BLACKWELL PUBLISHERS
- Bertrando, P., Cazzullo, C.L., Clerici, M. (1995). *Terapie familiari e psicoeducazione. Attuali orientamenti nel lavoro con le famiglie di pazienti schizofrenici*. Milano: Franco Angeli.
- Bowen, M. (1979). *Dalla famiglia all’individuo*. Roma: Astrolabio.
- Cecchin, G. (1995). “Terapia Sistemica un modello concettuale”. In Bertrando, P., Cazzullo, C., Clerici, M. “Terapie familiari e psicoeducazione”. Milano: Franco Angeli.
- Cecchin, G. (2009). “Ci relazioniamo dunque siamo. Curiosità e trappole dell'osservatore”. *Connessioni Rivista di Consulenza e Ricerca sui Sistemi Umani*, 15: pp. 57-61.
- Frongia, P. (2022). “Il genogramma Multifamiliare. Il gruppo come risorsa”. In Daure, I., Borcsa, M. *Il Genogramma nella pratica sistemica contemporanea, sviluppi e prospettive*. Milano: Franco Angeli.
- McFarlane, W.R., Link, B., Dushay, R., Marchal, J., Crilly, J. (1995). “Psychoeducational multiple family groups: four year relapse outcome in schizophrenia”. *Family process*, 34: 127-144.
- McGoldrick, M., Gerson, R. (1985). *Genogram in family assessment*. London: Norton and Company.
- McGoldrick, M., Gerson, R. (1990). *Génogrammes et entretien familial*. Paris: ESF.
- McGoldrick, M., Gerson, R., Petry, S. (2008). *Genograms: assessment and intervention*. London: Norton and Company.
- Montagano, S., Pazzagli, A. (2000). *Il genogramma: teatro di alchimie familiari*. Milano: Franco Angeli.

## Adolescenti “esternalizzanti” che non accettano la terapia

(*“Externalizing” adolescents who do not accept therapy*)

Marco Schneider

[m.schneider@psicologo-rho.com](mailto:m.schneider@psicologo-rho.com)

### SOMMARIO

Questo articolo trae spunto dall'intervento dell'autore al 10° Congresso Internazionale C.E.fa.P. (Centro Messicano di terapia familiare e della coppia) tenutosi a Cholula, Puebla (Messico) nel novembre 2023 dal titolo “Terapia breve y familiar”. L'intervento riguardava gli adolescenti “esternalizzanti” resistenti e non collaboranti.

L'obiettivo di questo articolo è approfondire quanto presentato al Congresso con particolare riferimento alle interazioni tra gli “Stili relazionali genitoriali” e i comportamenti degli adolescenti, proponendo una lettura sistemico-relazionale.

I contenuti e le riflessioni presentate sono frutto dell'esperienza clinica dell'autore maturata nel lavoro con gli adolescenti e le loro famiglie presso uno studio privato, un Servizio specialistico per il penale minorile ed un Servizio di Neuropsichiatria infantile nella provincia di Milano (Italia).

**PAROLE CHIAVE:** Adolescenza, comportamenti esternalizzanti, stili educativi genitoriali, teoria della resistenza in terapia.

### ABSTRACT

This article is based on the author's speech at the 10th C.E.Fa.P. International Congress titled "Brief and Family Therapy" held in Cholula, Puebla (Mexico) in November 2023, concerning "externalizing" adolescents and in particular resistant and non-cooperating ones.

The aim of this work is to focus on what was presented at the Congress and in particular on the interactions between "Parental relational styles" and adolescents' behaviors, proposing a systemic-relational perspective.

The contents and reflections presented are the result of the author's clinical experience gained in over 20 years of working with adolescents and their families in a private practice, in a specialized juvenile criminal service and in a child neuropsychiatry service in the province of Milan (Italy).

**KEY WORDS:** Adolescence, externalizing behaviors, parental educational styles, resistance theory in therapy.

### INTRODUZIONE

Da sempre l'adolescenza è considerata un periodo critico della vita, nel quale i ragazzi possono mostrare con una certa facilità comportamenti oppositivi, comportamenti "estremi" e varie forme di resistenza.

Rispetto ai comportamenti adolescenziali, anche quelli più estremi, vi è oggi nei paesi industrializzati una maggiore tolleranza rispetto al passato, frutto di diversi fattori tra cui sedimentate acquisizioni psicologiche (come le conoscenze sui cambiamenti fisici, emotivi e cognitivi che avvengono in adolescenza e quelle sui processi di “separazione-individuazione”), cambiamenti culturali (la nostra società è oggi in generale più permissiva rispetto ad un tempo, è “liquida” e la centralità dell'infanzia è molto aumentata) e cambiamenti

giuridici (si veda ad esempio la legge italiana sul penale minorile, la quale non è punitiva ma anzi si pone un esplicito obiettivo riparativo anche per i reati più gravi).

Tutto ciò ha fatto sì che si sia alzato (e che continui ad alzarsi) il livello oltre il quale un dato comportamento viene definito problematico.

### **I Comportamenti “esternalizzanti”.**

Ciò premesso vi sono delle classi di comportamenti che sono unanimemente riconosciute come problematiche, ed una di esse è certamente quella dei comportamenti “esternalizzanti”.

Con tale termine si fa riferimento ad un quadro di aggressività eterodiretta, di impulsività, iperattività, scarsa capacità di prestare attenzione, scarsa compliance e comportamenti manifestamente provocatori (Achenbach & Rescorla, 2000; Roskam et al., 2013).

I ragazzi “esternalizzanti” mostrano spesso la pretesa che i loro bisogni abbiano la precedenza sui bisogni degli altri, ricorrono frequentemente all’aggressività per ottenere ciò che desiderano, hanno frequenti atteggiamenti di oppositività e la tendenza alla trasgressione di norme sociali e legali.

Le manifestazioni “esternalizzanti” più tipiche in adolescenza (Schneider et al., 2024), sono:

- La tendenza ad avere molto frequentemente dei litigi con altre persone, sia conosciute che sconosciute;
- Il mostrarsi molto spesso reattivi, nervosi, irascibili, disforici;
- La tendenza a trasgredire frequentemente le regole;
- La commissione di reati individuali o di gruppo (in particolare danneggiamenti, risse o aggressioni);
- L’agire atti di bullismo e/o cyberbullismo;
- La tendenza ad abusare di droghe o alcol;
- Il praticare atti sessuali promiscui o la prostituzione minorile;
- La pratica di sport estremi o violenti;
- La tendenza ad avere una guida pericolosa (biciclette, motorini, auto).

La letteratura indica che i ragazzi “esternalizzanti” mostravano già durante l’infanzia segni indicativi di una futura strutturazione in tal senso: molti di loro sono stati infatti bambini con atteggiamenti negativistici, di collera, distruttivi, provocatori ed impulsivi, con marcata reattività emozionale, gravi difficoltà nel calmarsi e con la tendenza ad essere facilmente irritabili (vedi ad esempio Denham et al., 2000; Altamura et al., 2012; Santrock, 2013).

Nelle società occidentali l’età nella quale i comportamenti “esternalizzanti” iniziano a manifestarsi è sempre più precoce (Schneider et al., 2024). Oltre a ciò, anche l’intensità di questi comportamenti è molto aumentata negli ultimi anni.

### **La Teoria della Resistenza.**

Si ripropone qui una Teoria della Resistenza, già presentata altrove (Schneider, Bertolazzi, 2021), in quanto diversi dati clinici suggeriscono la presenza di una correlazione diretta tra comportamenti “esternalizzanti” ed atteggiamenti di *resistenza*.

Molto spesso i ragazzi “esternalizzanti” risultano *resistenti*, ovvero sono oppositivi e non collaboranti: molto difficilmente collaborano con i genitori o con altri soggetti adulti con i quali vengono in contatto (ad esempio insegnanti ma anche coach sportivi ecc..).

Viste le difficoltà di rapporto che gli adulti spesso hanno con questi giovani, il ricorso a specialisti della relazione d’aiuto è abbastanza frequente.

Anche con gli specialisti però questi ragazzi tendono ad essere *resistenti*.

Non tutti i ragazzi “esternalizzanti” sono però resistenti allo stesso modo verso le offerte di aiuto psicologico: alcuni possono mostrare una “resistenza *nella cura*”, accettando di iniziare dei percorsi

psicologici o educativi senza però di fatto collaborare al trattamento mentre altri possono mostrare una “resistenza *alla cura*”, non accettando nemmeno di essere presi in carico.

Vediamo meglio queste due differenti tipologie di resistenza.

La resistenza nella cura è la più conosciuta e su di essa è stata prodotta molta letteratura. In questo caso il giovane resiste al cambiamento all'interno di un percorso di cura che accetta di seguire. Questo tipo di resistenza viene descritto come sostanzialmente legato a processi *omeostatici* di tipo individuale. Gabbard (2015) ad esempio sostiene che la resistenza del paziente a cambiare mentre sta seguendo un percorso terapeutico risponderrebbe al «... desiderio di mantenere lo status quo, di opporsi ai tentativi del terapeuta di produrre insight e cambiamento” (pag. 22). Partendo da questa base la teoria qui presentata propone di considerare il comportamento di resistenza come dotato di un senso e di una finalità connessi non solo a determinanti individuali, ma anche relazionali: resistere nella cura ha l'obiettivo di *preservare* specifici “interessi” nella relazione con altri. Partendo dall'idea sistemica che “*no man is an island*” e che tutti siamo parte di una fitta rete di relazioni interpersonali, si ritiene che la volontà da parte del paziente resistente nella cura sia quella di non modificare degli equilibri relazionali in essere con altri soggetti significativi per lui, i quali, con il loro cambiamento, verrebbero invece messi in discussione. Dunque si concorda con la letteratura sull'idea che la resistenza *nella cura* sia il tentativo di *mantenere lo stato delle cose*, e in più si ritiene che tale tentativo possa anche voler salvaguardare specifici interessi relazionali.

La resistenza alla cura è invece agita da quei soggetti che non accettano nemmeno di iniziare una terapia, pur risultando sintomatici. Il paziente in questi casi non si rende disponibile a “farsi curare”, *resistendo*, in modo spesso assolutamente pervicace. Si tratta di un tipo di resistenza poco trattata in letteratura, nonostante la gravità spesso osservata in queste situazioni, forse anche perché i clinici hanno meno occasione di incontrare questi pazienti. L'impatto negativo su terze persone delle conseguenze della resistenza *alla cura* è sempre intenso e di norma più significativo rispetto alla resistenza *nella cura*: da un lato infatti i sintomi dei soggetti resistenti *alla cura* sono in media più severi (la stessa resistenza *alla cura* viene spesso letta come uno degli indicatori della gravità del quadro clinico) impattando maggiormente anche su terze persone, e dall'altro il disagio di chi sta accanto a questi soggetti è aumentato dalla percezione che il rifiuto di iniziare una terapia da parte del paziente rappresenti un atto volontario carico di intenti danneggianti verso di loro. La resistenza alla cura, proprio per le sue caratteristiche, porta spesso altre persone (solitamente i familiari ma anche, nel caso dell'età evolutiva, la scuola, ad esempio) ad attivarsi per chiedere aiuto (per il paziente o per sé) rivolgendosi normalmente ai servizi specialistici di cure psichiatriche o, sempre più frequentemente oggi, all'Autorità Giudiziaria (molto meno attivata invece nel caso della resistenza *nella cura*, proprio perché il paziente *si sta già curando*). Questa situazione permette di formulare due riflessioni: la prima è che per le sue caratteristiche la resistenza *alla cura* crea di fatto le condizioni affinché soggetti altri rispetto al paziente si *attivino* per modificare/risolvere una determinata situazione, mentre la seconda è che tale resistenza *attira* verso il sistema di appartenenza del paziente l'attenzione di soggetti terzi (segnatamente soggetti istituzionali).

Se come abbiamo visto l'obiettivo della resistenza nella cura può essere ricondotto alla volontà di *non cambiare le cose* (nonostante paradossalmente si stia seguendo un percorso di cambiamento), nel caso della resistenza *alla cura* la volontà può essere invece letta come opposta, ovvero legata al fatto che tramite il rifiuto verso la cura e la conseguente attivazione di soggetti altri rispetto al paziente si vengono a creare le condizioni affinché *si possa modificare lo stato delle cose* in essere.

Basandoci su queste riflessioni si propone di considerare gli adolescenti resistenti *alla cura*, compresi quelli “esternalizzanti” che come abbiamo visto sono spesso resistenti, come soggetti paradossalmente promotori di una richiesta di cambiamento al loro contesto di appartenenza.

**Le caratteristiche dei comportamenti “esternalizzanti” ed il loro significato psicologico.**



Il termine “esternalizzanti” si riferisce al fatto che attraverso tali comportamenti il ragazzo “esterna” qualcosa di sé (stati emotivi, istanze, sofferenze ecc.) utilizzando una modalità particolarmente *visibile* (a differenza ad esempio dei comportamenti “internalizzanti”, spesso più subdoli perché difficili da cogliere se non a livelli di gravità significativi).

La situazione creata dai comportamenti “esternalizzanti” richiede a volte interventi urgenti sia per la gravità dei comportamenti stessi che per la non volontà spesso presente del ragazzo di farsi aiutare. Inoltre, come detto, vi è sempre una significativa rilevanza sociale in queste situazioni in quanto vi sono effetti importanti su terze persone (conseguenze fisiche, psicologiche, legali o economiche) oltre che sui ragazzi.

È proprio l’essere fortemente *visibili* ed il produrre effetti su terze persone l’elemento che rende questi comportamenti particolarmente capaci di attivare altri soggetti (i genitori, gli educatori, i coach sportivi ma anche le istituzioni come la scuola, l’Autorità Giudiziaria ecc..) - spesso senza troppe possibilità di procrastinazione - al fine di porre un qualche rimedio alla situazione.

Ciò rappresenta il fattore che ha indotto chi scrive a ritenere che in questi comportamenti sia contenuta una precisa, sebbene implicita, volontà di modificare una data situazione.

### **Una proposta di classificazione delle famiglie dei ragazzi esternalizzanti secondo gli stili genitoriali.**

Secondo il punto di vista della psicologia sistemica ogni comportamento rappresenta il prodotto di specifici contesti e di specifiche “architetture” relazionali. In questo senso ogni manifestazione umana deve essere intesa come coerente con uno specifico contesto relazionale ed espressione di esso.

Citando Coslin (2012) possiamo dire che gli adolescenti sono sempre figli ed espressione del loro tempo e che “ogni società ha gli adolescenti che merita” (pag. 7).

Come è noto, nell’educare la prole alla vita e ai valori fondamentali di una società i genitori adottano degli specifici stili educativi. Questi sono definiti come “... l’insieme degli atteggiamenti e dei comportamenti utilizzati dal genitore nella relazione con il figlio, volti ad ottenere determinati risultati educativi” ([www.didatticapersuasiva.com](http://www.didatticapersuasiva.com)).

In questo lavoro si intende utilizzare il concetto di stile genitoriale valorizzandone la componente relazionale e per tale ragione si preferisce la dicitura “stili relazionali genitoriali” e non quella, ritenuta restrittiva e deterministica, di “stili educativi genitoriali”.

La psicologia sistemica si è occupata poco di stili genitoriali, soprattutto di quelli educativi, verosimilmente per evitare il rischio di una lettura lineare delle dinamiche familiari. Sebbene si comprenda tale preoccupazione, è forse possibile ovviare a questo inconveniente connettendo circolarmente gli stili genitoriali con i comportamenti “risposta” degli adolescenti (di cui qui se ne fornisce una classificazione), i quali contribuiscono a loro volta al mantenimento o al cambiamento delle dinamiche familiari e degli stessi stili genitoriali.

Viene qui proposta una classificazione degli stili relazionali genitoriali che parte dalla letteratura sugli stili educativi introducendo elementi di novità su due fronti: il primo riguarda l’individuazione di stili non considerati prima ed il secondo concerne il raggruppamento dei vari stili in *Cluster*, ognuno dei quali descrive una specifica macro-attitudine relazionale dei genitori. All’interno di ogni Cluster gli stili vengono poi differenziati a seconda del *Gradiente di Intensità* (GI) relativo alla presenza del tratto caratteristico del Cluster.

I cluster individuati sono:

- Cluster 1: “Impositivo”, che si compone degli stili “Propositivo”, “Autoritario”, “Maltrattante”;
- Cluster 2: “Autonomizzante”, che si compone degli stili “Autonomizzante”, “Lassista”, “Trascurante”;
- Cluster 3: “Collusivo-manipolatorio”, che si compone degli stili “Collusivo” e “Manipolatorio”;
- Cluster 4: “Ipercoinvolto”, che si compone degli stili “Perplesso”, “Richiedente” e “Rabbioso”.

## Cluster “Impositivo”.

Gli stili appartenenti a questo Cluster fanno riferimento allo stile educativo genitoriale “Autoritario” descritto in letteratura (vedi ad esempio King, Boyd, Pragg, 2017; Yurasek et al., 2019; Haslam, Poniman, Filus, Sumargi, Boediman, 2020). Secondo il modello qui presentato il Cluster “Impositivo” è caratterizzato non solo dalla tendenza dei genitori ad imporre le regole ai figli, ma anche ad essere intrusivi ed apprensivi. Il GI del Cluster “Impositivo” riguarda la tendenza del genitore ad imporre la propria idea e i propri valori al figlio con modalità che possono andare da ripetute proposte (educative, ricreative, formative e, soprattutto, legate alla soluzione di problemi) fino a modalità di imposizione anche violente.

Lo stile “propositivo” è caratterizzato dalla presenza di ansia nei genitori relativa alle performance dei figli, al loro presente e al futuro. Essa è contrastata tramite continue *proposte* (educative, ricreative, formative, di problem solving ecc..) ai figli. Queste proposte non hanno una reale intenzione coercitiva, quanto di sostegno: l’intento infatti è *guidare* il figlio entro il percorso ritenuto migliore per lui, credendo così di aiutarlo. In questo stile i genitori tendono a colmare con proposte continue qualunque indecisione o incertezza del figlio (spesso solo immaginata) senza dare uno spazio individuale per sperimentare e definire un proprio pensiero e proprie strategie.

L’incertezza crea disagio in questi genitori e l’attesa è fonte di ansia. Il vissuto prevalente è il timore che il figlio possa “perdere delle possibilità”, “restare indietro” o non realizzare compiutamente il proprio potenziale, anche a causa (come vedremo) delle reazioni spesso oppositive ed incontrollate del figlio o di suoi atteggiamenti riconducibili a fragilità, confusione, indecisione, rinuncia ecc.. L’idea di base è che il figlio non sia in grado di cavarsela da sé perché “troppo fragile” o impulsivo o *testardo* o incapace.

L’intensità e la continuità nel tempo delle proposte dei genitori sono tali da superare il *normale* coinvolgimento ed interesse dei genitori nel seguire il figlio nel suo percorso di crescita.

Le reazioni più tipiche dei ragazzi con genitori “propositivi” fanno capo alla disforia e alla reattività. Quando questi adolescenti mostrano comportamenti “esternalizzanti” (alta reattività, intolleranza alle regole, aggressività, trasgressione delle regole ecc..) lo fanno spesso tentando di *resistere* alle sollecitazioni continue della famiglia, le quali creano nel ragazzo un vissuto “asfissiante”. I ragazzi non trovano spazio per discostarsi dallo scenario delineato dai genitori (o più spesso da uno dei genitori con il beneplacito dell’altro) e segnalano ciò con agiti che possono diventare, se l’atteggiamento genitoriale non si modifica, anche “estremi”. Paradossalmente i comportamenti reattivi dei figli sostengono il convincimento genitoriale relativo alla necessità di aiutare il figlio a “non perdersi” e ad *imparare* a cavarsela.

Lo stile “autoritario” è quello maggiormente trattato dalla letteratura e viene descritto come caratterizzato dalla presenza di regole stabilite arbitrariamente dai genitori, nei confronti delle quali i figli sono tenuti ad una stretta obbedienza, senza che a questi ultimi venga fornita adeguata spiegazione sulle ragioni di certe regole o punizioni e senza lasciare spazi di contrattazione (Hancock Hoskins, 2014). I genitori autoritari sono convinti di sapere esattamente cosa è bene per il figlio, ma soprattutto non riescono ad uscire dalle “stringenti prigioni” della loro visione del mondo, dicotomica tra bene e male. In questo senso strutturano un insieme spesso particolarmente invadente di imposizioni. A differenza di quanto accade nello stile “propositivo”, il clima emotivo in queste famiglie è più freddo e distaccato, vi sono scarsi livelli di comunicazione, il dialogo non è ricercato, né lo è l’opinione del figlio, vi è scarsa fiducia e poca condivisione democratica. Sono invece presenti livelli significativi di ostilità, di controllo e di paura dei genitori rispetto a ciò che i figli, se lasciati liberi di agire, potrebbero fare. Hancock Hoskins (2014) parla di alti livelli di controllo e costrizione. Alcuni autori (vedi Malagoli Togliatti, 1998) hanno definito “silenzio esasperato” il tipo di comunicazione presente in queste famiglie, nelle quali vi è assenza di dialogo e di scambio relazionale e vi è una strutturata imposizione delle regole senza alcun tentativo né volontà di condivisione o di confronto. I genitori raramente lodano il figlio, mentre esprimono frequenti valutazioni negative (Erel, Burman, 1995). Le strategie di risoluzione dei conflitti fanno tipicamente capo

all'attribuzione di colpa agli altri. I genitori faticano spesso a controllare le emozioni negative (Malagoli Togliatti, 1998). Lo stile genitoriale "Autoritario" è caratterizzato non solo dall'imposizione ma anche dalla coercizione, la quale si sostanzia nell'uso di intimidazioni e punizioni di fronte alla trasgressione (abbastanza frequente) delle regole (Erel, Burman, 1995). Le reazioni spesso disforiche dei figli adolescenti (i quali da bambini risultavano invece inibiti, timidi e impauriti) alimentano il circolo vizioso delle considerazioni negative dei genitori più secondo la logica della "cattiveria" che di quella della "fragilità" (tipica invece dello stile "propositivo").

Lo stile "maltrattante" è quello in cui la punitività raggiunge il suo punto più alto. Vi è frequentemente la presenza di atti aggressivi da parte del genitore che turbano gravemente il bambino e l'adolescente in quanto attentano alla sua integrità corporea, al suo sviluppo fisico ma anche affettivo, intellettuale e morale. Tali atti includono violenza assistita o subita fino ad arrivare a lesioni di tipo fisico e psichico (IV Colloquio Criminologico, Consiglio d'Europa, Strasburgo, 1978). L'aspetto maltrattante di questo stile è l'esacerbazione degli aspetti impositivi con l'aggiunta di squalifiche che divengono indipendenti dalle reali azioni del figlio e che riguardano il ragazzo in quanto persona: il figlio per i genitori è in questo stile indegno "a prescindere", sbagliato, disturbante ecc.. L'idea del figlio è rigida, negativa ed inattaccabile da fattori esterni. In questo stile le reazioni alle contestazioni adolescenziali e al tentativo di cambiamento delle regole familiari da parte dei figli sono apertamente contrastate con agiti aggressivi e squalifiche, movimenti espulsivi o dalla visione, sempre con connotazione aggressiva, del figlio come "malato" e da curare. I figli in queste famiglie sono vissuti come soggetti pericolosi e "sbagliati" verso cui vengono scatenate rabbia, risentimento e squalifiche.

Le reazioni degli adolescenti possono essere, e spesso lo sono, di irritabilità, protesta (come vedremo più sotto), rabbia distruttiva ed aggressività (Zareian Jahromi et al, 2020). Il ragazzo può sentire minacciata la propria persona ed avvertire in alcuni casi la necessità di affermarsi aggressivamente, violando prima le rigide regole familiari e poi quelle sociali. Secondo una visione circolare, si realizza in questi casi la trasmissione intergenerazionale della violenza con processi di mutuo rinforzo.

### **Cluster "Autonomizzante".**

Questo Cluster è caratterizzato dalla presenza di genitori non realmente presenti nella vita dei figli o non realmente attenti ai loro bisogni. I genitori si muovono lungo un continuum che va dall'aspettativa che i figli imparino da soli a vivere e ad affrontare le sfide della vita, fino al totale abbandono. Nello stile "Autonomizzante" è prevalente l'idea che sia giusto che i figli facciano in autonomia la quasi totalità delle esperienze e che i genitori debbano attivarsi solo "su chiamata", mentre negli stili "Lassista" e "Trascurante" i genitori arrivano fino ad un abbandono totale dell'interesse per i figli e delle funzioni di cura della prole. In questo Cluster vi è una mancanza progressivamente sempre più grave del ruolo di guida e di autorità del genitore, come anche evidenziato da Erel e Burman (1995). Il riferimento teorico per questo Cluster è la letteratura sulle famiglie permissive e sugli stili genitoriali "permissivi" o "indulgenti" (Baumrind, 1989; Maccoby, Martin 1983, Erel, Burman, 1995).

Il Cluster "Autonomizzante" si differenzia da quello precedente, dove l'imposizione delle regole, l'elevato controllo e la punitività sono centrali, in quanto vi è un progressivo ed ingravescente evitamento del mandato educativo, presente invece nel Cluster "Impositivo". I genitori qui non stabiliscono regole coerenti e definite e non pretendono il rispetto delle stesse da parte dei figli. Non sono propositivi né attenti ai figli, non mostrano empatia e tendono a dare risposte, quando vengono fornite, solo su richiesta (stile "Autonomizzante").

Il GI è legato ai livelli di assenza e disimpegno verso i figli e i loro bisogni.

Nello stile "Autonomizzante" l'intento dichiarato è quello di rendere i figli autonomi e indipendenti e per far ciò i genitori si dichiarano "pronti ad esserci" solo quando i figli hanno *realmente* bisogno. La

dichiarazione genitoriale relativa ad una grande fiducia nella capacità del figlio di cavarsela da solo malcelata in realtà disimpegno e passività.

Questo atteggiamento genitoriale porta i figli a richiedere spesso insistentemente l'intervento genitoriale e, a seguito di ripetute delusioni, a tentare precocemente un'autonomizzazione la quale però fallisce quasi sempre perché il figlio, lasciato solo, sviluppa da un lato rabbia e dall'altro sfiducia in sé e negli altri. Uno degli esiti possibili nei figli è l'atteggiamento evitante.

L'isolamento e la frequente inadeguatezza relazionale dei figli vengono letti come un rinforzo alla linea educativa autonomizzante: un figlio incapace e in difficoltà viene significato da questi genitori come troppo "viziato" o troppo "seguito" o ancora troppo "infantile".

Nello stile "Lassista" vi è mancanza di regole, di autorità, di iniziative e di risposte da parte dei genitori anche quando il figlio sollecita direttamente il genitore. La risposta tipica dei genitori "lassisti" è: "decidi tu, fai tu, io non voglio entrarci". In questo modo il figlio non solo non avrà delle regole con cui confrontarsi ma nemmeno un aiuto nel prendere decisioni o nell'imparare a distinguere cosa sia giusto e cosa sbagliato. Come conseguenza i ragazzi mostrano importanti difficoltà personali e relazionali perché si ritrovano soli nell'affrontare la vita, privati di attenzioni e considerazione da parte della famiglia. La mancanza di controllo, di monitoraggio e di supervisione da parte dei genitori rappresentano fattori problematici connessi alla genesi di situazioni di rischio evolutivo (Zahra, Saleem, 2021a; Van Loon, Van De Ven, Van Doesum, Hosman, Witteman, 2015; Piquart, 2016; Wang et al., 2018) e di vulnerabilità per i comportamenti "esternalizzanti" (Neves Nunes, Xavier Faracoa, Vieiraa, Rubinb, 2013).

Nello stile "Trascurante" l'atteggiamento dei genitori si trasforma in un vero e proprio abbandono: qui infatti i genitori si sottraggono totalmente all'interazione con i figli. In questo stile la negligenza del genitore nei confronti anche dei bisogni più concreti dei figli (Baumrind, 1989) si sostanzia in omissioni nei confronti di bisogni fisici e/o psichici di base della prole e per tale ragione i figli possono presentare carenze igieniche, nutrizionali, nel vestiario, nella sorveglianza e nell'educazione (Acquistapace, Miragoli, Milani, Ionio, 2005). Vi è assenza di ogni tipo di risposta da parte della famiglia. Il totale disinteresse per i bisogni di base dei figli definisce il confine tra lassismo ("io sono qui, ma vedi tu, non voglio entrarci") e trascuratezza (totale assenza fisica del genitore). I genitori non forniscono risposte né dispongono interventi anche quando i comportamenti dei figli risultano non "ignorabili" magari perché particolarmente gravi ed intensi. Spesso questi genitori non rispondono nemmeno ai Servizi Sociali e di Salute Pubblica o alle agenzie educative come la scuola, che invece si attivano per tentare di gestire i comportamenti (a volte) estremi degli adolescenti. La mistificazione della realtà, soprattutto attraverso processi di negazione, è un processo difensivo largamente presente in questo stile genitoriale.

### **Cluster "Collusivo-manipolatorio".**

I genitori in questo Cluster tendono ad essere intrusivi, controllanti e direttivi, come accade nelle famiglie "impositive", ma con modalità indirette.

Il riferimento teorico per questo Cluster è quello delle famiglie invischiate descritte da Minuchin (1974). L'autore evidenzia un duplice aspetto: in queste famiglie mancano da un lato i confini interpersonali al loro interno e dall'altro sono presenti confini rigidi e poco permeabili con l'ambiente esterno, verso cui sono fortemente ridotti gli scambi. L'esterno è vissuto come pericoloso e destabilizzante il fragile equilibrio familiare.

Questo Cluster produce quella che è stata definita una "genitorialità invalidante" (Mahan Kors, Simmons, Macfie, 2018), ovvero un insieme di comportamenti e atteggiamenti volti ad impedire il processo di separazione-individuazione dei figli negando loro, attraverso un controllo psicologico totalizzante (spesso a carattere aggressivo passivo, soprattutto nello stile "manipolatorio") uno spazio autonomo di esplorazione di sé e del mondo.

Il GI è legato al livello di intrusività, controllo e direttività (indiretti) agiti dai genitori verso i figli.

Nello stile “Collusivo” i genitori si pensano “perfettamente sintonizzati” con i vissuti, le emozioni e i bisogni dei figli ed il processo psichico che sta alla base di questo stile è la “lettura del pensiero” (Bandler, Grinder, 1975). Per via della mancanza di confini intra-familiari, che può tradursi in una confusione fra sé e l’altro, il genitore può concepire il figlio come un’estensione di sé e convincersi di conoscere ogni suo pensiero e desiderio non solo meglio di chiunque altro, ma anche meglio del figlio stesso. Dal canto suo il figlio, avendo per via della *fusionalità* una percezione di sé in linea con quella del genitore (o in un’ottica sistemica volendo *sostenere* la fragile psicologia genitoriale attraverso l’accettazione della relazione fusionale con il genitore) perde di vista (o abdica) alla propria soggettività. Ai figli è infatti richiesto un totale adeguamento al vissuto e alle idee del genitore e sviluppano per tale motivo una significativa inibizione dei loro bisogni, percezioni, pensieri e desideri. I ragazzi possono arrivare a non avvertire il genitore (o a non volerlo leggere) come intrusivo quanto piuttosto come perfettamente sintonizzato con il loro vissuto e così facendo delegano a quest’ultimo ogni decisione e la decodifica dei loro stati interni. Il figlio può sentire (e mostrare di sentire) uno o entrambi i genitori come particolarmente vicino e capace di comprenderli in ogni situazione, arrivando come detto ad inibire lo sviluppo di un proprio punto di vista e di una propria soggettività.

Così come avviene nelle famiglie “impositive”, anche in questo caso al ragazzo non viene lasciata la libertà di cercare una propria strada, di definire gusti ed inclinazioni sue proprie. In questo caso ciò avviene perché ogni cosa, dietro l’ideologia della “totale condivisione”, viene anticipata e confusa con il pensiero, le idee e i desideri dei genitori.

La configurazione relazionale familiare tipica vede uno dei genitori (il più “attivo”) che esprime in modo particolare questo stile mentre l’altro non riesce o non vuole porsi come portatore di differenza e per tale ragione non *rompe* la dinamica coniuge-figlio.

I genitori con questo stile mettono in atto comportamenti ora *collusivi* (ad esempio giustificando sempre il figlio rispetto a sue mancanze o agiti inadeguati) ora *seduttivi*, disincentivando in modo indiretto le eventuali spinte all’autonomia proponendo ad esempio comodità, agi e vizi che rendono particolarmente “attraente” per il figlio il rimanere alle dipendenze dei genitori (Schneider, 2022b).

Può in alcuni casi accadere che il figlio, specie dopo aver fatto, magari fortuitamente, delle esperienze emancipatorie rispetto alla fusionalità familiare (ad esempio stringendo amicizia con alcuni coetanei in occasione di feste, gite scolastiche ecc..) possa iniziare a sentire i genitori come eccessivamente vincolanti, sviluppando così un disagio rispetto alle modalità relazionali adottate in famiglia. In questo caso può iniziare a mostrare segni di insofferenza o chiedere maggiori libertà e differenziazione, le quali scatenano le reazioni dei genitori fatte di rabbia, rifiuto ed ostracismo. Questi, vivendo in modo traumatico la rottura dell’*idillio fusionale* e sperimentando l’allontanamento del figlio, possono virare verso uno stile relazionale “Manipolatorio” volto a disincentivare, tramite azioni consapevoli, comportamenti di differenziazione e separazione della prole, o in alcuni casi verso uno stile prima “Autoritario” e poi “Maltrattante”.

Stile “Manipolatorio”. Se nello stile “Collusivo” l’aspetto centrale è l’indifferenziazione tra sé e l’altro, in questo stile il genitore è ben cosciente della differenza, della separatezza, tra sé e il figlio. Il controllo viene esercitato con la manipolazione, che si sostanzia da un lato nel trasferire attivamente al figlio l’idea che egli non sia in grado di affrontare il mondo da solo e dall’altro attraverso la costante repressione delle sue spinte all’indipendenza. Tale repressione può realizzarsi (come per lo stile “collusivo”) sia in modo “soft”, ovvero con la concessione di vantaggi e comodità in cambio della totale aderenza alla visione del genitore, sia in modo più esplicito ed aggressivo, ad esempio mostrando rabbia o disperazione ogni qualvolta il figlio richieda maggiore libertà o mostri atteggiamenti di autonomia, questi ultimi visti come un pericoloso attacco al proprio bisogno di controllo.

Le reazioni dell’adolescente a questo stile genitoriale possono essere sia di tipo “internalizzante” (ritiri, atti autolesivi, inibizioni), soprattutto se il ragazzo non riesce ad *opporsi* al genitore, sia di tipo “esternalizzante”: in quest’ultimo caso l’adolescente, con una frequenza maggiore rispetto allo stile “Collusivo” nel quale spesso la psicopatologia, quando presente, è di tipo psicotico, può iniziare un’estenuante lotta in famiglia per ritagliarsi un proprio spazio, arrivando anche ad agire comportamenti

aggressivi verso gli stessi genitori. Questo per chi scrive è uno dei casi descritti da Roberto Pereira (2023) di violenza filio-parentale.

### **Cluster “Ipercoinvolto”.**

I genitori in questo Cluster sono sempre eccessivamente coinvolti emotivamente nella relazione con i figli. Tutti o quasi i loro pensieri, anche nel dialogo di coppia, sono rivolti ai figli, ai loro comportamenti, alle loro reazioni, alla loro psicologia. Non vi è spazio, sebbene ne venga verbalizzato il desiderio, per pensieri “altri” rispetto alla cura e alla preoccupazione per i figli.

I genitori arrivano spesso a vivere in modo non solo totalizzante la relazione con i figli, solitamente con uno in particolare, ma anche a sentire che tutta la loro vita, i loro spazi personali sono "fagocitati" dai figli, dalle loro presunte richieste, difficoltà, caratteristiche personologiche.

I figli sono spesso descritti come “despoti”, come “vampiri emotivi”, mai soddisfatti, continuamente richiedenti ed i genitori dichiarano spesso di “non avere più una vita” in quanto le richieste dei figli e le preoccupazioni per loro sono talmente pervasivi da non lasciare più un residuo spazio vitale separato. Naturalmente i processi di separazione ed individuazione, così fondamentali in adolescenza, non sono né riconosciuti dai genitori né resi possibili e ciò che si ottiene è un circolo vizioso nel quale figli e genitori aumentano continuamente scontri e dipendenze reciproche, perdendo di vista sia le singole individualità che eventuali possibili strategie di differenziazione. Questo quadro appare molto resistente anche ai tentativi di intervento, sebbene spesso richiesto dai genitori, in quanto sono proprio loro nella quasi totalità dei casi a sabotare per primi le proposte terapeutiche di differenziazione, una volta formulate.

Sul piano della diagnosi differenziale, questo Cluster si distingue da quello “Impositivo” (Stile “Propositivo” in particolare) in quanto qui il genitore sente di essere “prigioniero” dell’atteggiamento del figlio e non colui che vuole e soprattutto *può* “regolare” la crescita ed il comportamento del ragazzo. Quest’ultimo è qui considerato in alcuni casi come un vero e proprio persecutore ed il genitore dichiara il proprio profondo malessere affermando di sentirsi totalmente assorbito dai bisogni e dalle richieste (e a volte dai sintomi) dei figli.

La differenza con il Cluster “Autonomizzante” è facilmente intuibile ed è rappresentata dal GI caratterizzante il Cluster “Ipercoinvolto”, ovvero l’alto livello di coinvolgimento emotivo con i figli, in totale opposizione al disinteresse presente nel Cluster “Autonomizzante”.

La differenza con il Cluster “Collusivo-Manipolatorio” va ricercata nel fatto che rispetto allo stile “Collusivo” qui mancano il tipico vissuto di “sintonia totale” con il figlio e la “lettura del pensiero”, mentre rispetto allo stile “Manipolatorio” (dove invece quest’ultimo è conservato) qui il genitore sente di aver perso il controllo del figlio ma anche e soprattutto della sua propria vita.

Stile “Perplesso” (composto-paralizzato). In questo stile i genitori si mostrano inermi di fronte alle manifestazioni del figlio, sentono non solo di non comprendere come mai si comporti in un certo modo e cosa possa aver portato alla situazione attuale, ma anche di non poterlo controllare.

I comportamenti e i sintomi del figlio, tante volte di tipo fobico, rappresentano un vero e proprio “enigma” per questi genitori, i quali reagiscono paralizzandosi e dichiarandosi impotenti, limitandosi a prendere atto della situazione: i genitori sono “semplicemente” paralizzati, paiono senza strumenti e anche per questo impoveriti sul piano cognitivo. La coppia, solitamente disunita sul piano coniugale, è invece molto unita su quello genitoriale. Rispetto alla ricostruzione anamnestica, emerge spesso la presenza di famiglie di origine nelle quali si sono verificati eventi traumatici legati a separazioni, abbandoni o trascuratezza. Si può ipotizzare che questi genitori possano aver avuto dei genitori trascuranti, assenti o fortemente ambivalenti, cosa che può aver ridotto sensibilmente le loro capacità empatiche, relazionali e di “azione”.

Stile “Richiedente” (dipendente). In questo stile i genitori, a differenza del precedente, appaiono più attivi e motivati rispetto alla volontà di comprendere cosa accade nella mente dei figli. Sono spesso molto preoccupati per il loro stato psicologico e formulano continue richieste ai figli per avere delle “spiegazioni”

circa i loro stati d'animo o i loro comportamenti (spesso ambivalenti, ricattanti, "manierati" e a volte rivendicativi). Questi genitori sono fortemente ansiosi, bisognosi di conferme e incapaci di tollerare la separazione dall'altro. Il loro essere attivi mal cela una profonda insicurezza e vissuti di inadeguatezza i quali si trasformano spesso in angoscia rispetto a sensi di colpa pervasivi per presunte mancanze sul piano educativo e relazionale.

Le storie personali di questi genitori rimandano con grandissima frequenza all'essere stati figli di genitori "ingombranti" e contemporaneamente squalificanti ("autoritari" o "manipolatori" nella gran parte dei casi), la qual cosa ha prodotto in loro forte insicurezza, profonda inadeguatezza ed angosce legate al timore del rifiuto, dell'abbandono, di punizioni e biasimo. Le richieste ai figli e l'iper-coinvolgimento hanno l'obiettivo di tentare di sedare tali angosce, connesse in un'ottica trigerazionale al rapporto con i loro genitori, angosce alle quali i figli rispondono in modo circolare assumendo il ruolo di persecutori mai paghi.

Stile "Rabbioso". Anche in questo stile il figlio appare indecifrabile ed i genitori sono "attivi" ma ciò che cambia rispetto allo stile precedente è la qualità del coinvolgimento emotivo: esso infatti qui è caratterizzato da frequenti perdite di controllo. La seduttività e le continue richieste lasciano il posto alle reazioni rabbiose a seguito della frustrazione derivante dalla mancanza di contatto con il figlio. La coppia genitoriale in questo stile può avere al proprio interno delle differenti posizioni educative, ma soprattutto può vivere un conflitto *sotterraneo* che dal piano coniugale si riverbera su quello genitoriale. Uno in particolare dei genitori (il più "rabbioso") tende normalmente a dominare le dinamiche familiari motivando il proprio atteggiamento come una risposta ad un vissuto di esclusione sperimentato rispetto alle alleanze tra l'altro coniuge e i figli. Il genitore più *remissivo*, solitamente silente, tende implicitamente a rinforzare l'atteggiamento enigmatico del figlio come compensazione per le "vessazioni" patite per mano del coniuge.

### **Le possibili risposte dei ragazzi agli stili relazionali genitoriali: i comportamenti "di svincolo", "di protesta", "di richiamo", "di gregariato" e "di aggressività passiva".**

Adottando una prospettiva circolare i figli non sono solo soggetti passivi che subiscono gli atteggiamenti dei genitori, ma agiscono attivamente nella dinamica familiare. Il loro operato contribuisce sia al rafforzarsi di specifici assetti relazionali familiari che, nei casi più positivi, ad un cambiamento generale della famiglia.

Le reazioni dei figli agli stili genitoriali e le risultanze delle interazioni familiari possono essere complesse. Ciò detto proponiamo cinque tipi principali di reazioni dei figli adolescenti agli stili relazionali genitoriali, che devono essere classificate dal clinico sulla base della concordanza di più indici: in particolare il contesto familiare e le dinamiche familiari.

I ragazzi possono rispondere agli stili relazionali dei genitori con:

- Comportamenti "di svincolo"
- Comportamenti "di protesta"
- Comportamenti "di richiamo"
- Comportamenti "di adeguamento, rinuncia e aggressività passiva"
- Comportamenti "di gregariato"

Comportamenti "di svincolo". Si tratta di comportamenti caratterizzati spesso da reazioni disforiche che i ragazzi adottano tentando di rompere le dinamiche (il più delle volte patologiche) di un sistema familiare rigido e limitante. Nonostante la disfunzionalità di alcuni di questi comportamenti, l'obiettivo è evolutivo e riguarda la ricerca di un proprio spazio di azione e di una propria individuazione.

Si tratta di reazioni che i ragazzi hanno a vari stili relazionali genitoriali. In generale il ragazzo vive i genitori come un ostacolo all'espressione di sé e si pone come soggetto promotore, anche se in modo spesso violento, di un cambiamento. Il tentativo è di «cambiare le cose», ricercando soprattutto un proprio spazio di azione e pensiero.

Questi comportamenti possono a volte essere dirompenti ma tuttavia, a differenza di altri comportamenti più sotto descritti ed in particolare di quelli di “protesta”, mirano sempre e comunque ad un cambiamento. L’elemento distintivo dei comportamenti “di svincolo” è che lo *sguardo* è volto all’esterno della famiglia e può esserci resistenza *alla cura* con l’obiettivo di cambiare precedenti equilibri.

Comportamenti “di protesta”. Rispetto ai precedenti, questi comportamenti non tendono ad una differenziazione dalle relazioni familiari quanto piuttosto alla *ridefinizione dei rapporti di forza* e di potere in famiglia. Questo mantiene gioco forza immutati gli assetti relazionali perché la cornice relazionale non è messa in discussione. Genitori e figli “parlano la stessa lingua”, caratterizzata da dinamiche simmetriche di scontro per il controllo della relazione.

La differenza tra comportamenti “di svincolo” e quelli “di protesta” risiede nel fatto che questi ultimi non tendono a modificare le relazioni familiari pensando ad una propria individuazione e differenziazione quanto piuttosto a ridefinire i rapporti di forza. Non vi è dunque l’idea di realizzare un vero e proprio svincolo dalla famiglia quanto quella di modificare il proprio “positioning” in casa.

Luca, un ragazzo di 16 anni, è in continua lotta con i familiari perché chiede insistentemente di uscire di più e la sera per vedere gli amici (comportamento “di svincolo”) mentre Antonio, 15 anni, più volte bocciato e senza amici, “questiona” su ogni cosa con la madre perché sente che lei è “troppo opprimente”: per questo ingaggia continue liti senza però arrivare ad un *dunque*, anche quando la madre *cede* dandogli ragione ed assecondando la richiesta del momento (“comportamento di protesta”).

Nei comportamenti di “protesta” lo *sguardo* è all’interno della famiglia e la presenza di resistenza *alla cura* assume il valore di una mossa per prendere il potere. Spesso in questi casi il figlio è inserito in una famiglia conflittuale.

La semantica prevalente è quella del “potere” (Ugazio, 1998, 2012).

Comportamenti “di richiamo”. La funzione di questi comportamenti è tipicamente quella di attirare l’attenzione e la cura dei genitori (o di altri parenti) verso di sé o verso altri membri della famiglia. I genitori o i familiari infatti (o uno di essi), spesso percepiti dai ragazzi come assenti oppure sofferenti, o impegnati in conflitti con altri membri della famiglia allargata, vengono implicitamente richiamati proprio dalla sintomatologia del ragazzo.

I comportamenti “di richiamo” possono però anche avere la funzione di richiamare l’attenzione delle Istituzioni verso una situazione familiare problematica, ad esempio di tipo maltrattante o manipolatorio. In questo caso la resistenza *alla cura*, quando presente, ha il valore di attirare l’attenzione di soggetti esterni alla famiglia nel tentativo di governare situazioni problematiche. Spesso possono essere considerati comportamenti di richiamo sintomi psicologici quali ansia e panico, ma anche difficoltà nella socializzazione o generici stati di malessere esistenziale. A seconda della situazione familiare, anche comportamenti “estremi” come ad esempio reati o abuso di sostanze o ancora fughe da casa possono essere letti come “richiamo”, se viene in particolare ravvisato dal clinico l’obiettivo di *riunire* i membri della famiglia nella *preoccupazione* per il ragazzo o se l’effetto pragmatico del comportamento è l’attivazione di una Istituzione. Va precisato che i comportamenti di “richiamo”, forse più di altri comportamenti qui descritti, spesso vengono utilizzati strumentalmente da un genitore nel conflitto con l’altro o (sebbene meno frequentemente) con altri parenti, venendo portati come “prova” dell’assenza o dell’inadeguatezza del familiare “fuggitivo”.

Sonny, un ragazzo di 17 anni, non contraddice mai i genitori, “autoritari” e ben inseriti nella comunità di appartenenza, gioca a pallavolo perché il padre vuole che lo faccia ma non è motivato. Il ragazzo non va nemmeno bene a scuola. È sempre in casa ed evita ogni interazione con i pari. Ha un “habitus” depressivo, si svaluta fortemente ed ha avuto pensieri suicidari. Non accetta di essere seguito da uno psicologo perché si dice demotivato. I genitori litigano per questo, si incolpano a vicenda.

Comportamenti “di adeguamento, rinuncia e aggressività passiva”. Attraverso questi comportamenti il ragazzo si adegua alle norme imposte dal proprio sistema familiare. In alcuni casi l’adeguamento è *totale*



ed acritico, prefigurando un falso Sé che può portare ad inibizione e rinuncia. Altre volte, se il punto centrale è una ribellione mascherata, possono esserci rinuncia ed aggressività passiva. In tutti questi casi la resistenza *alla* cura ha la funzione di opporsi alle richieste di adeguamento dei genitori, sabotando nello specifico i loro progetti e desideri sul ragazzo. Questo tipo di comportamenti è stato osservato in tutte le tipologie di stile genitoriale (sebbene con maggiore frequenza nei Cluster “impositivo” e “collusivo-manipolatorio”) ed appare sintomatico di un fallimento grave nell’assolvimento dei compiti evolutivi del giovane. In alcuni casi il comportamento di rinuncia è una variante dei comportamenti “di richiamo”, specie quando si produce forte preoccupazione nei genitori, i quali si uniscono su questo.

Comportamenti “di gregariato”. Si tratta di comportamenti per lo più disfunzionali agiti da adolescenti che ricercano all’esterno quei punti di riferimento che sono assenti in famiglia. Questi comportamenti sono una compensazione delle mancanze sul piano dell’attenzione familiare o di intense squalifiche e denigrazioni. Le famiglie di questi ragazzi sono per lo più “lassiste” o “trascuranti”, ma anche “maltrattanti”. Il ragazzo tende in questi casi ad aggregarsi a gruppi di coetanei con problematiche simili alle sue, in particolare gruppi disfunzionali che praticano spesso attività di tipo deviante o delinquenziale, tipicamente legate a mancati riconoscimenti in famiglia.

La resistenza *alla* cura assume il valore di ribadire il distacco dalla famiglia e l’appartenenza a gruppi devianti.

## CONCLUSIONI.

Questo articolo rappresenta un tentativo di partire dalle vaste conoscenze disponibili sugli stili educativi genitoriali per connettere in chiave sistemica gli stili relazionali genitoriali con alcuni dei più frequenti comportamenti disfunzionali adolescenziali, tra cui i comportamenti “esternalizzanti” ed alcune forme di resistenza alle offerte di aiuto.

L’obiettivo è quello di fornire al clinico strumenti di conoscenza e di “mappatura” delle famiglie che si integrino con le già note classificazioni sistemiche delle famiglie, contribuendo allo sforzo di comprensione delle interazioni tra le specifiche *tendenze* relazionali genitoriali e i comportamenti adolescenziali.

Questo si ritiene possa sostenere un più accurato processo di conoscenza delle famiglie ma anche l’implementazione di adeguati progetti di aiuto, siano essi terapeutici o di altro genere.

## BIBLIOGRAFIA

- Achenbach, T. M., Rescorla, L. A. (2000). *Manual for the ASEBA preschool forms & profiles*. Burlington, VT: University of Vermont.
- Achenbach, T. M. (2009). *Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA): Development, Findings, Theory, and Applications*. University of Vermont Research Center of Children Youth & Families.
- Acquistapace, V., Ionio, C., Milani, L., Miragoli, S. (2005). Segni e sintomi della trascuratezza: una ricerca empirica. *Maltrattamento e Abuso all'Infanzia*, 7 (1): 57-73. <http://hdl.handle.net/10807/17252>
- Allen, J. G., Fonagy, P., Zavattini, G. C. (2008). *La mentalizzazione. Psicopatologia e trattamento*. Bologna: Il Mulino.
- Altamura, V. O. (2012). *Influences of attachment, temperament, and emotional development on preschool children's behavior*. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 72 (10-B), 6 – 418.
- Bandler, R., Grinder, J. (1975). *The Structure of Magic: A Book About Language and Therapy* (Vol.1). Palo Alto, Ca.: Science and Behavior Books.

- Baumrind, D. (1989). "Rearing Competent Children". In Damon, W. (Ed). *Child Development Today and Tomorrow* (pp.349-378). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Consiglio d'Europa (1978). *IV Colloquio Criminologico*. Strasburgo, Francia.
- Coslin, P. (2012). *Adolescenti da brivido: problemi, devianze e incubi dei giovani d'oggi*. Roma: Armando Editore.
- Cowan, P. A., Cowan, C. P., Mehta, N. (2009). "Adult attachment, couple attachment, and children's adaptation to school: An integrated attachment template and family risk model". *Attachment & Human Development*, 11(1), 29–46.
- Denham, S. A., Workman, E., Cole, P. M., Weissbrod, C., Kendziora, K. T., Zahn-Waxler, C. (2000). "Prediction of externalizing behavior problems from early to middle childhood: The role of parental socialization and emotion expression". *Development and psychopathology*, 12(1): 23-45. doi:10.1017/S0954579400001024
- Erel, O., Burman, B. (1995). "Interrelatedness of marital relations and parent-child relations: a meta-analytic review". *Psychological bulletin*, 118(1), 108-132. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0033-2909.118.1.108>
- Fonagy, P., Target, M. (2001). *Attaccamento e Funzione Riflessiva Selected papers of Peter Fonagy and Mary Target*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Freud, S. (1912). "The dynamics of transference". *Classics in psychoanalytic techniques*, 12: 97-108.
- Freud, S. (2010). *Introduzione alla psicoanalisi* (Vol. 123). Roma: Newton Compton Editori.
- Gabbard, G.O. (2015). *Psichiatria psicodinamica: quinta edizione basata sul DSM*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Gambini, P. (2008). *Introduzione alla psicologia* (Vol. 1). Milano: FrancoAngeli.
- Hancock Hoskins, D. (2014). "Consequences of parenting on adolescent outcomes". *Societies*, 4(3): 506-531. <https://doi.org/10.3390/soc4030506>
- Haslam, D., Poniman, C., Filus, A., Sumargi, A., Boediman, L. (2020). "Parenting style, child emotion regulation and behavioral problems: The moderating role of cultural values in Australia and Indonesia." *Marriage & family review*, 56(4): 320-342. <https://doi.org/10.1080/01494929.2020.1712573>
- King, V., Boyd, L. M., Pragg, B. (2018). "Parent-adolescent closeness, family belonging, and adolescent well-being across family structures". *Journal of family issues*, 39(7): 2007-2036. <https://doi.org/10.1177/0192513X17739048>
- Lyons-Ruth, K. (1996). "Attachment relationships among children with aggressive behavior problems: the role of disorganized early attachment patterns". *Journal of consulting and clinical psychology*, 64(1): 64-73.
- Maccoby, E.E., Martin, J.A. (1983). "Socialization in the Context of the Family: Parent-Child Interaction". In Mussen, P.H., Hetherington, E.M. (Eds.), *Handbook of Child Psychology (Vol. 4). Socialization, Personality, and Social Development* (pp. 1-101). New York: Wiley.
- Maggiolini, A. (Ed.). (2014). *Senza paura, senza pietà: valutazione e trattamento degli adolescenti antisociali*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Mahan, R. M., Kors, S. B., Simmons, M. L., Macfie, J. (2018). "Maternal psychological control, maternal borderline personality disorder, and adolescent borderline features". *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 9(4): 297-304.
- Malagoli Togliatti, M. (1998). "Disagio adolescenziale e strutture familiari "deboli"". *Psicologia clinica dello sviluppo*, 2(1): 73-98.
- Minuchin, S. (2018). *Families and family therapy*. London: Routledge.
- Neves Nunes, S. A., Faraco, A. M. X., Vieira, M. L., Rubin, K. H. (2013). "Externalizing and internalizing problems: Contributions of attachment and parental practices". *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 26(3): 617–625. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722013000300022>
- Pereira, R. (2023). "La violencia filio-parental y la educación postmoderna". *Quaderni SIRTS*, 4: 39-48. <https://doi.org/10.48299/QS4-2023-001-017>

- Pinquart, M. (2017). “Associations of parenting dimensions and styles with internalizing symptoms in children and adolescents: A meta-analysis”. *Marriage & Family Review*, 53(7): 613–640. <https://doi.org/10.1080/01494929.2016.1247761>
- Roskam, I., Meunier, J.-C., Stievenart, M., Noël, M.-P. (2013). “When there seem to be no predetermining factors: Early child and proximal family risk predicting externalizing behavior in young children incurring no distal family risk”. *Research in Developmental Disabilities*, 34(1): 627–639. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2012.10.002>
- Santrock, J. W., Deater-Deckard, K., Lansford, J. E. (2021). *Psicologia dello sviluppo*. Bologna: McGraw Hill.
- Schneider, M., Bertolazzi, D. (2021). “Il paziente resistente alla cura come risorsa per il cambiamento familiare”. *Quaderni SIRTS*, 3: 39-47. DOI: 10.48299/QS3-2022-003-013
- Schneider, M. (2022a). *Sessualità, ricerca del rischio e comportamenti estremi in adolescenza*. Milano: Schneider Edizioni.
- Schneider M. (2022b). *I tanti misteri dell'adolescenza. Accompagnare i propri figli tra paure, scoperte e bisogno di affermazione personale*. Milano: Schneider Edizioni.
- Schneider, M., Annibale, A., Rossi, A., Scaramella, E. (2024). “Una Proposta Sistemica Per La Comprensione Dei Comportamenti Esternalizzanti Estremi Degli Adolescenti Di Oggi”. *Quaderni SIRTS*, 5: 38-52. DOI: 10.48299/QS5-2024-003-030
- Van Loon, L. M. A., Van de Ven, M. O. M., Van Doesum, K. T. M., Hosman, C. M. H., Witteman, C. L. M. (2017). “Parentification, stress, and problem behavior of adolescents who have a parent with mental health problems”. *Family Process*, 56(1): 141–153.
- Ugazio, V. (1998-2012). *Storie permesse storie proibite: polarità semantiche familiari e psicopatologie*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Wang, J., Mann, F., Lloyd-Evans, B., Ma, R., Johnson, S. (2018). “Associations between loneliness and perceived social support and outcomes of mental health problems: A systematic review”. *BMC Psychiatry*, 18, 156. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1736-5>
- Yurasek, A. M., Brick, L., Nestor, B., Hernandez, L., Graves, H., Spirito, A. (2019). “The effects of parent, sibling and peer substance use on adolescent drinking behaviors”. *Journal of Child and Family Studies*, 28(1): 73–83. <https://doi.org/10.1007/s10826-018-1251-9>
- Zahra, S. T., Saleem, S. (2021). “Interpersonal problems as mediator between parental rearing styles and internalizing-externalizing problems in adolescents”. *Pakistan journal of psychological research*, 36(3): 375-395.
- Zareian Jahromi, A., Mahmoudian, M., Samani, S. (2020). “Adolescent adjustment: investigating the predictive role of family communication patterns”. *International Journal of School Health*, 7(4): 20-24.

## SITOGRAFIA.

[www.didatticapersuasiva.com](http://www.didatticapersuasiva.com)

**El psicoterapeuta sistémico y discapacidad**  
*(The systemic psychotherapist and disability)*

**Adán Martínez Flores**  
[Adan.martinez124@gmail.com](mailto:Adan.martinez124@gmail.com)

## RESUMEN

En este artículo se presentan aspectos teóricos y aspectos clínicos de las familias en donde hay algún miembro con una problemática de discapacidad de tres tipos: física, intelectual o ambas. En este tipo de familias el sufrimiento es muy grande sobre todo porque parece que el tiempo no va adelante e incluso parece que van en contra del ciclo vital de la familia en donde los chicos crecen y dejan a los padres. Desafortunadamente la mayor parte permanecen en casa hasta la muerte. Los padres que sienten que envejecen miran con mucho temor el futuro de estos hijos que no adquieren la autonomía plena de vida.

**PALABRAS CLAVES:** familias, ciclo vital, discapacidad, evento crítico, evento para normativo

## ABSTRACT

This article presents theoretical and clinical aspects of families where there is a member with a disability problem of three types: physical, intellectual or both. In this type of families, the suffering is very great, especially because it seems that time does not move forward and it even seems that they go against the life cycle of the family where the children grow up and leave their parents. Unfortunately, most remain at home until death. Parents who feel that they are aging look with great fear for the future of these children who do not acquire full autonomy in life.

**KEY WORDS:** families, life cycle, disability, critical event, normative event.

## INTRODUCCIÒN

Este trabajo es el fruto de atender este tipo de familias de más de veinte años, debo confesar que se aprende mucho de estas situaciones en las cuales las dificultades de superar son muchísimas, no solamente al interno de la familia pues el hecho de vivir en una sociedad en la cual la mayor parte no desea haber este tipo de problema, sosteniendo que es solo un gasto económico y que producen poco o nada en la sociedad en la cual viven.

Analizaremos también la diferencia entre los servicios de los cuales es posible que este tipo de problemáticas puedan ser atendidas y la psicoterapia que se puede ofrecer.

Como diría Gregory Bateson: la sabiduría es estar con la diferencia sin querer eliminar la diferencia.

Muchos terapeutas desean cambiar las situaciones sin entender y respetar las diferencias y inician a dar indicaciones, prescripciones en las cuales no viene respetado la persona, la familia. Naturalmente es importante entender que cosa está sucediendo, como están las personas en esa situación. Por tanto me parece que el primer paso que debemos hacer es escuchar con la E mayúscula como están para poder entender mejor la situación que están exponiendo con mucho sufrimiento.

Deseo aclarar que el concepto de discapacidad lo entiendo **como condición y no como enfermedad**.

El concepto de discapacidad es un concepto sistémico:

- El ICF (clasificación internacional de funcionamiento de la discapacidad y de la salud, 2001) describe el estado de salud de ser humano y las dificultades que pueden surgir en la interacción y el contexto.
- La discapacidad es determinada de la interacción negativa entre las características personales (patología y funcionamientos) y las condiciones ambientales y el contexto poco favorable y de obstáculo, más bien que el efecto automático de un déficit

\*Presidente SIRTS (Società italiana di ricerca e terapia Sistemica); Miembro del EFTA (European family therapy association); Psicólogo/Psicoterapeuta Sistémico Relacional

## **DEFINICION DE DISCAPACIDAD**

Discapacidad es un término general que comprende handicap, limitaciones en las actividades y restricciones en la participación.

- Handicap se refiere a una función o a una estructura del cuerpo; la limitación en la actividad que indica las consiguientes dificultades de las personas en el seguir una tarea o una acción, la restricción en la participación evidencia los límites de las personas con handicap en el ser activo y/o simplemente involucrado en las situaciones de la vida.
- La discapacidad en el ICF es una dificultad en el funcionamiento a nivel físico, personal o social, en uno o más dominios principales de la vida, una persona en una cierta condición de salud encuentra en la interacción con los factores contextuales.

La ICF es una clasificación que reguarda a todos, ya que cada persona puede haber una condición de salud que en un determinado contexto ambiental es desfavorable y causa discapacidad.

## **Diferencias entre los servicios clínicos encargados en la discapacidad y la Psicoterapia**

### **Contextos de servicios**

La característica del contexto: se toma en cargo la persona con discapacidad con particular atención a los otros miembros de la familia.

Se pueden efectuar intervenciones clínicas orientadas al cambio aunque en contextos no terapéuticos (Cirillo, Barbisan, 2023)

Proyección y realización de programas de ayuda a los miembros de la familia y a las personas con discapacidad.

Grupos de apoyo a los padres e hijos con discapacidad

Actividad rehabilitativa con la persona con discapacidad.

Acompañamiento en la red de servicios para la familia y la persona con discapacidad.

Organización de actividades para el tiempo libre

### **Contexto de Psicoterapia**

Característica del contexto psicoterapéutico: petición de una cura de sufrimiento psicológico y/o un disturbo expreso de uno o más miembros de la familia.  
Creación de intervenciones psicoterapéuticas.

Para responder a la petición de psicoterapia debemos haber un focus del impacto de la discapacidad:

- A nivel individual
- A nivel del sistema familiar
- A nivel de sub sistema familiar

A nivel individual en que manera la discapacidad interfiere con la absolución de las tareas del desarrollo del individuo en las diferentes fases de crecimiento

A nivel del sistema familiar en que modo la discapacidad impacta en los otros miembros de la familia: Altera la estructuración de los vínculos de apego. Altera el curso regulador del ciclo de vida familiar.

A nivel de sub sistema familiar

Desencadena dinámicas específicas con las familias de origen

Influencia la organización, los límites y la estructura del hogar

Influencia las dinámicas de la pareja y las relaciones con el sub sistema de los hijos/hermanos

## **CONCEPTOS TEORICOS PARA LA PRACTICA CLINICA**

Ciclo vital de la familia

Diagnostico como evento traumático

Vínculo de apego y discapacidad

Sistemas motivacionales y discapacidad

- La familia es un sistema trigeracional en evolución, con características propias no derivado de la suma de sus partes en el cual cada miembro de las generaciones más jóvenes y más ancianas tiene la “propia tarea evolutiva”.
- Las tareas del desarrollo coinciden con los periodos de vida de la familia.
- La familia no es estática en el tiempo evolutiva.
- Es una organización compleja de relaciones de parientes que tiene una historia y crea una historia.

El ciclo vital de la familia

- Describe los cambios que típicamente se dan en el curso de los años, se articula en una serie de fases en las cuales cada una debe ser superada para que se pueda pasar con suceso a la etapa sucesiva.
- Cada fase comporta una situación nueva que requiere un cambio en la organización del sistema familiar, en cuanto las precedentes modalidades de funcionamiento no son más adecuadas.

- El pasar de una fase a otra es un proceso de continua reestructuración en las relaciones de los miembros de la familia.
- Flexibilidad (como regular la estructura y como las partes negocian) y la cohesión (el vínculo emocional que une a los miembros y el grado de autonomía individual que guardan a la familia). Como se regula el resultado de las fases de transición.

#### El individuo en el ciclo vital de la familia

Atravesando las varias fases, los individuos deben progresar en el proceso de la individualización y lograr un suficiente nivel de diferenciación de la familia de origen. En el curso de este proceso los individuos pueden experimentar nuevas modalidades relacionales y podrían ser siempre más autónomos.

Un individuo bien diferenciado puede pertenecer a diferentes sub sistemas, sea al interno que al externo de la familia, respecto a los cuales puede participar sin perder el sentido de la propia continuidad personal.

#### Ciclo de la vida y eventos críticos

Fase del ciclo de la vida	Evento crítico
Formación de la pareja	Matrimonio o convivencia
Familia con niños	Nacimiento de los hijos
Familia con adolescentes	Adolescencia de los hijos
Familia como trampolín de lanzamiento	Los hijos se van de casa
Familia en tarda edad	Jubilación, enfermedad/muerte

Los eventos críticos son sucesos que caracterizan una fase del ciclo vital. Estos eventos consisten en que en la familia se da el pasaje al estadio sucesivo. La familia atraviesa diferentes fases: fase de ruptura con la precedente modalidad de organización. Momentos de transición que pueden portar a una reorganización evolutiva de la familia, o bien si esta no es en grado de superar las tareas de desarrollo requeridas del evento crítico, llevarán a una desestructuración del sistema. Les llamaremos eventos paranormativos y elencare alguno de ellos a continuación.

#### Eventos paranormativos (inesperados)

Enfermedades

Problemas económicos

Lutos

Traumas por ejemplo accidentes graves

#### Discapacidad

Separaciones

Alejamiento forzado de un miembro de la familia, por ejemplo: el cárcel, hospitalizaciones prolongadas. Estos eventos inesperados pongono mayor dificultad que los eventos críticos.

#### Ciclo de la vida familiar con un miembro con discapacidad

La discapacidad afecta en la tempistica de la familia respecto a la autonomía de sus miembros

- Irrupción traumática de las discapacidades en el sistema familiar
- En la mayor parte de los casos las familias tiene la capacidad de encontrar nuevos adaptamientos.
- La petición de psicoterapia emerge en las familias en las cuales diferentes factores han interferido con la posibilidad de reorganizarse en seguida de un evento inesperado.

### **El concepto del diagnostico como evento traumatico**

- Recibir un diagnostico de una patologia organica invalidante no es simplemente un evento de vida inesperado que abre a un estado de “crisis” y que requiere una activación a la movilización de los recursos personales, familiares y sociales, es una experiencia traumática.
- El termino “trauma” deriva del greco y significa “herida, romper”
- El diagnostico de patologia organica come evento traumatico irrumpe en el sistema familiar, señala la existencia del individuo y condiciona inevitablemente la vida de los otros miembros de la familia.
- Se encuentran sintomas post traumaticos en respuesta al diagnostico. Las defensas del dolor y del estres viene activadas de los miembros de una familia de frente a la enfermedad y a la invalidez de un familiar querido, son conectadas a la organización de defensa de cada uno y a las dinamicas familiare.

### **Discapacidad de un hijo**

Aspectos importantes que influyen en el desarrollo del individuo con discapacidad y las dinamicas familiares

- El periodo del diagnostico (pre natal, neonatal, infancia, edad escolar, adolescencia).
- Gravedad de las condiciones de la discapacidad
- Fase del ciclo de vida de la familia
- Ordine de paternidad

Evento critico: embarazo

Evento para normativo: diagnostico pre natal

Diagnosticos pre natales: en general se refieren a daños cromosomicos o geneticos, posibles resultados desafortunados o daños cerebrales graves.



La pareja debe enfrentar de elegir si interrumpir o proseguir el embarazo. En ambos casos la pareja esta abrumada de angustia y deben re formular las expectativas de ser padres. Dimensiones de luto sea que se orienten a la interrupción del embarazo o que decida de proseguir.

La pareja que decide continuar el embarazo entran en un nuevo curso de la vida, lloran el hijo que esperaban y deben re adecuar las expectativas personales y familiares del futuro del niño, aprenden a afrontar los desafíos que se presentaran sea para ellos y para il hijo. La decisión de interrumpir el embarazo o de llevarlo al final con un feto que podria non sobrevivir al parto o haber una vida breve crea mucho temor y miedo en la vida de la pareja.

Existen cuatro grupos de patologia congenita:

1. Anomalias cromosomicas, debida a alteraciones del numero o de la estructura de los cromosomas, como por ejemplo el sindrome di down. Casi siempre son responsables de un grave deficit psicofisico.
2. Enfermedades genéticas, debida a alteraciones de los genes únicos. Son responsables de numerosos sindromes clinicos y hereditarias con un alto riesgo de recurrencias (25 – 50%).
3. Malformaciones congénitas, que afectan a diversos órganos, con caracter genético, multifactorial o cromosomico.
4. Infecciones intrauterinas, como la toxoplasmosis, rubèola, citomegalorovirus. Son capaces de provocar malformaciones fetales, retardo en el crecimiento y en los casos más graves muerte en el utero.

Evento critico: nacimiento de un hijo

Evento para normativo: diagnostico neo natal

Es fundamental como el medico comunica el diagnostico.

Es de vital importancia el como se comunica este tipo de diagnóstico sobre todo en campo medico pues ya la información que se da no es positiva y si la modalidad de hacerlo es estrictamente “medico tecnica” lograremos solo mayor sufrimiento a los padres. En este punto la teoria sistèmica puede aportar muchisimo en el modo de comunicar el tipo de diagnóstico (Martinez Flores, 2007).

Patologia neonatale y apego

- Los padres reciben al hijo en una dimension de angustia, luto y gran herida narcisistica.
- En las situaciones dramaticas el sistema del cuidado puede desorganizarse al punto que los padres non sean más en grado de ocuparse efectivamente del niño (Salomon, George, 2011). El no elaborar y integrar el diagnóstico en la experiencia parental sustentara problemas que invade nel sistema de atención.
- Un sistema de cuidado dañado implica además poner mayormente en peligro el riesgo del equilibrio emotivo del niño, y que viene a faltar también los cuidados esenciales para el curso favorable de la problematica.
- En la dimension traumatica la madre puede vivir al recién nacido como: victima de la desgracia, perseguidor, consolador o bien el proposito de su vida.
- Es fundamental sostener el cuidador del recién nacido en modo que pueda superar en tiempo relativamente breve la dimension traumatica. (Solomon, George, 2011; Sorrentino, 2006).

## Discapacidad Grave

Afecta principalmente en la fase prenatal y neonatal, el diagnóstico es comunicado a los familiares al nacimiento o en el primer año del desarrollo del niño.

Los daños pueden ser cromosómicos o genéticos o bien daños neurológicos del parto.

Recordemos que la capacidad física (contacto ocular, sonrisa) y cognitiva (reconocimiento de la memoria) son necesarias para el desarrollo del vínculo del apego.

Es muy difícil que se desarrolle un apego seguro en este tipo de niños debido a la circunstancia de la poca habilidad del Coping en consideración que las señales producidas pueden ser difíciles de comprender en la familia de origen.

Todo esto crea un cuadro complejo en donde no es la discapacidad por sí misma sino la **interacción** entre los niños con la discapacidad y sus padres a ser asociada a un apego de tipo inseguro. (Cristiano, Foresti, 2017).

## Discapacidad leve

### Incertidumbre diagnóstica

En la historia de los chicos con diagnóstico leve sucede con frecuencia que en los primeros años de vida son caracterizados en la constante búsqueda de un diagnóstico y el de la rehabilitación.

Con frecuencia el diagnóstico es formulado cuando se presentan las dificultades escolares.

El diagnóstico es menos severo (retardo mental leve), y se orienta con frecuencia a “normalizar” la discapacidad, justamente insertando los niños y los jóvenes en contextos escolares que puedan ofrecer buenas oportunidades de aprendizaje e integración.

En realidad la expectativa de inclusión en el mundo de sus pares no se realiza concretamente en los años de la frecuencia escolar.

La salida de la escuela puede coincidir, especialmente para situaciones no connotadas por la gravedad, con un periodo de relativa ausencia de un “Proyecto” y por tanto de un cierto aislamiento social.

Tenemos con frecuencia tres posibles escenarios

El primero tiene como base la aceptación y el reconocimiento de las dificultades del hijo y una equilibrada modulación entre un proyecto y la exploración (típico del apego seguro).

El segundo tiene como base el reconocimiento de la dificultad del chico aunque con mucha frecuencia los padres se concentran en los problemas sin darse cuenta en el hijo con discapacidad y los potenciales de crecimiento que él posee. Los padres pueden responder con la hiperprotección, la falta de sostenerlo en la exploración.

El tercer escenario nos encontramos de frente a la negación entre las habilidades del niño y aquella de sus compañeros, por tanto, la falta de reconocimiento de las dificultades del niño y un excesivo impulso hacia la autonomía por parte de los padres.

La Psicoterapia en presencia de un déficit intelectual moderado y leve

- No se trata de medir un coeficiente intelectual.
- La inteligencia se puede expresar en muchas maneras y se puede el diálogo clínico más allá del dominio cognitivo.
- La representación de diferentes situaciones con imágenes.
- La utilidad del juego
- La utilidad de recortar imágenes de las revistas y el usar diferentes materiales que puedan estimular el cuerpo y la mente.

- La utilidad de presentar libros ilustrados.

#### La psicoterapia con los hermanos de los chicos con discapacidad

Es interesante ver que en este tipo de familias, a menudo los hermanos que no presentan ninguna dificultad vengan visto poco de los padres pues toda la atención es para el hijo con una problemática. Naturalmente estos hermanos están preocupados pero muy resentidos por venir siempre en segundo orden. A menudo tiene poca autoestima, síntomas de ansiedad y sobre todo no logran continuar su ciclo de vida familiar porque piensan que cuando los padres faltaran todo recaerá en ellos. En pocas palabras se crea una situación difícil para continuar su vida, por fortuna en la mayor parte de casos se logra superar este tipo de problemática.

## CONCLUSIONES

El trabajar con familias en donde hay un hijo con discapacidad es muy importante tener presente los varios factores presentes, como viven la situación, como se han “adaptado” a esta discapacidad y sobre todo cuáles son las consecuencias que esto ha traído en sus vidas. En varias ocasiones es muy importante ver solo a la persona que ha la discapacidad individualmente o bien en algún grupo en donde pueda ver que otras personas con estos problemas logran superar las discapacidades e incluso tiene un trabajo. Es necesario recordar también de ver a los padres o familiares con los que convive pues la comunicación en la estancia de la terapia se extiende en casa y en sociedad.

Respecto a las personas que sufren un accidente en el cual la consecuencia son graves e invalidantes es importante ver todo el núcleo familiar ya que es un evento paranormativo (inesperado) y que cambiará la vida de todos y se deberá colaborar estrechamente con diferentes servicios de rehabilitación.

## BIBLIOGRAFIA

- Andolfi, M., Angelo, C., D’Antena, P. (2001). *La terapia narrata dalla famiglia, una prospettiva di ricerca intergenerazionale*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Attili, G. (2007). *Attaccamento e costruzione evolutiva della mente*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Attili, G. (2001). “Il padre come contesto di attaccamento nello sviluppo del bambino”. In Andolfi, M. (a cura di), *Il padre ritrovato*. Milano: Franco Angeli.
- Bertelli, M., (et al.) (2005). “Uso di farmaci antidepressivi e anti-ansia nella persona con disabilità intellettiva”. *Italian Journal of Psychopathology*, 11(2): 258-271.
- Binda, V. R., Giuliani, C., Salvetti, V. (2000). “Stress genitoriale e risorse relazionali in famiglie con figli disabili”. *Psicologia dell’educazione e della formazione*, 2(2): 203-216.
- Cirillo, S., Barbisan, D. (2023). *Il cambiamento nei contesti non terapeutici*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Cristiano, G., Foresti, G. (2017). “Attaccamento ed emozioni nel disabile psichico adulto”. *Child Development & disabilities*, XXXIV: 49-64.
- Lutz, M. (2021). *Dottor Kernberg, a cosa serve la psicoterapia?* Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Martínez Flores, J. A. (2007). *El diagnóstico sistémico*. Puebla: Editorial CEFAP.
- Solomon, J., George, C. (2011). *Apejo y cuidado desorganizado*. New York: Guilford Press.
- Sorrentino, A.M. (2006). *Figli disabili*. Milano: Cortina Editore.
- Sorrentino, A.M. (2009). “L’allevamento del bambino disabile: turbe dell’attaccamento e tratti disarmonici della personalità”. *Terapia Familiare*, 91: 65-82.

## **Discapacidad y trabajo**

*(Disability and work)*

**Adàn Martínez Flores<sup>9</sup>**

Adan.martinez124@gmail.com

### **RESUMEN**

El colocamiento de personas con discapacidad (física/psíquica o ambas) por mucho tiempo era casi imposible, por fortuna los tiempos y las líneas políticas están cambiando. En la actualidad existen varios instrumentos que ayudan a que estas personas puedan ingresar al mundo del trabajo verdadero, con todas las problemáticas que eso implica.

Veremos cómo la política europea y sobre todo italiana ofrecen a estas personas, analizaremos los instrumentos (dispositivos) de los cuales podemos utilizar.

Reconozco que aún hay mucho camino por recorrer, porque la existencia de prejuicios de las empresas o de los operadores del sector y sobre todo de ciertos políticos es muy grande.

**PALABRAS CLAVES:** discapacidad, dispositivos, inclusión social, empleo, política, trabajo.

### **ABSTRACT**

The placement of people with disabilities (physical/psychological or both) has been almost impossible for a long time, fortunately times and political lines are changing. Currently there are several instruments that help these people enter the world of real work, with all the problems that this implies.

We will see how European and especially Italian politics offer these people, we will analyze the instruments (devices) that we can use.

I recognize that there is still a long way to go, because the existence of prejudices from companies or operators in the sector and especially from certain politicians is very great.

**KEYWORDS:** disability, devices, social inclusion, employment, politics, work.

### **INTRODUCCIÒN**

Es un placer estar nuevamente en Puebla y poder dar a conocer experiencias de mi trabajo en Europa sobre todo en Italia, me encantaría mucho establecer intercambios con los colegas que trabajan en este sector.

Creo que es muy importante e interesante dar a conocer los trabajos, las políticas y las cosas que se están haciendo con las personas con discapacidad psíquica y física en el ámbito laboral.

Sabemos muy bien que el mundo del trabajo no es fácil para nadie y si agregamos una discapacidad resulta aún más difícil (no imposible).

Recuerdo que hace muchos años que está regresando a Milán y en el aeropuerto internacional de la ciudad de México encontré personas en silla de ruedas que estaban trabajando chequeando los boletos y documentos de los pasajeros para entrar al embarque. Confieso que me sentí muy orgulloso que en México estas personas pudieran realizar un trabajo digno y valioso.

Resulta muy interesante el inserimento de personas con discapacidad a un verdadero ambiente de trabajo, en una realidad que no es fácil pero con ciertos instrumentos, precauciones es posible.

En verdad se encuentra poca literatura en este campo de discapacidad – trabajo.

En la primera parte veremos cómo es el mundo del trabajo en Europa y cómo son las políticas en este sector están vigentes. En la segunda parte analizaremos con más detalle la política italiana respecto al insertar personas

---

<sup>9</sup> Presidente Sirts (Società italiana di ricerca e terapia sistemica); Miembro del Efta (European family therapy association); Psicólogo/Psicoterapeuta Sistemico Relacional

con una cierta capacidad en ambientes reales de trabajo, los instrumentos que utilizan y sobre todo la aplicación.

### **Política Europea para la inclusión de personas con discapacidad**

La Estrategia por los Derechos de las Personas con Discapacidad 2021-2030 fue adoptada en marzo de 2021 con el objetivo de reducir la marginación económica y social de las personas con diversas formas de discapacidad. Uno de los pilares en los que se sustenta es la necesidad de una mayor accesibilidad infraestructural que afecta directamente a la autonomía. El acceso a Internet, por ejemplo, puede ser una ayuda importante pero hasta la fecha aún no está extendido entre las personas con discapacidad.

64,3% personas con discapacidades con más de 16 años tiene acceso a internet disabili (Estrategia para los derechos de las personas con discapacidad 2021-2030).

La autonomía es un requisito previo fundamental para poder participar en la vida de la sociedad en pie de igualdad con los demás. Sin embargo, son necesarias numerosas políticas de protección para evitar que esta condición influya en la obtención de un trabajo adecuado a las necesidades del individuo y que permita un buen nivel de vida.

### **El riesgo de pobreza es mayor para las personas con discapacidad**

De hecho, las personas con discapacidad son una categoría particularmente expuesta al riesgo de pobreza. Este término se refiere a una condición en la que la renta disponible está por debajo de un umbral preciso de pobreza calculado sobre la población, existe graves problemas de privaciones materiales materiales y sociales o las personas de la unidad familiar está desempleadas o tienen trabajos discontinuos.

En la Unión Europea, el porcentaje de personas con discapacidad en riesgo de pobreza es cada vez mayor que el que tiene o no tienen condiciones de salud discapacitadas.

87 millones de personas con alguna forma de discapacidad en la UE (2022).

La autonomía es un requisito fundamental para poder participar en la vida de la sociedad en pie de igualdad con los demás. Sin embargo, son necesarias numerosas políticas de protección para evitar que esta condición influya en la obtención de un trabajo adecuado a las necesidades del individuo y que permita un buen nivel de vida.

### **El empleo de personas con discapacidad**

Otro importante indicador para medir la inclusión es el **nivel de integración al mundo laboral**. En este sentido resulta interesante analizar la tasa de desempleo. Mide el desequilibrio entre la demanda y la oferta de mano de obra. De hecho, rientra los inactivos que no desempeñan ninguna actividad laboral, están fuera del mercado laboral, los desempleados son aquellos a los que les gustaría trabajar. Y, de hecho, están buscando o deseando activamente un trabajo, pero por diversas razones no pueden encontrarlo. Una de esas razones, régimen menos inclusivo, puede ser la discapacidad.

La palabra “desempleados” se refiere a quienes tienen entre 15 y 64 años y están buscando trabajo en las cuatro semanas anteriores a la semana de referencia y estarían disponibles para trabajar dentro de las dos siguientes.

La Unión Europea lleva varios años comprometida en este frente. Proteger los derechos de las personas con discapacidad (derecho a la autonomía, igualdad de oportunidades, circulación), facilitar su inserción en el mundo laboral y promover su participación ciudadana. Un conjunto de objetivos sistematizados recientemente en la Estrategia por los Derechos de las Personas con Discapacidad 2021-2030.

Se trata de cuestiones fundamentales, tanto más cuanto que, como señala el Consejo de la Unión Europea, el número de personas con algún tipo de discapacidad - la sensación de encontrarse con limitaciones permanentes en el tiempo para realizar actividades frecuentes, debido a problemas de salud- representa aproximadamente una cuarta parte de todos los ciudadanos de la Unión.

87 millones de personas con alguna discapacidad en la UE (2022).

Es cierto que algunas personas sin discapacidad simplemente no pueden trabajar, pero es fundamental garantizar la autonomía de todos aquellos que quieran hacerlo. Desde un punto de vista puramente laboral,

también resulta útil hacer referencia al concepto de "trabajo decente", desarrollado por la Organización Internacional del Trabajo (OIT). En este contexto, trabajo es caracterizado por:

- presencia de oportunidades:
- libre elección de empleo;
- salario adecuado;
- ningún tipo de discriminación;
- seguridad en el lugar de trabajo;
- trato respetuoso.

Seis dimensiones que se aplican a todos pero especialmente a los grupos más vulnerables. En cuanto a las oportunidades laborales y la libre elección de empleo, está claro que las personas con discapacidad siguen siendo discriminadas.

### **Desempleo en la UE entre personas con y sin discapacidad**

In tutti i paesi membri il tasso di disoccupazione risulta infatti più elevato tra le persone con disabilità rispetto a quelle che non ne hanno. Grazie ai dati de la OIT, che divide il tasso di disoccupazione tra “media della popolazione generale”, “disabili” e “non disabili”, possiamo ricostruire la situazione dell’Unione.

En primer lugar, observemos la tasa de desempleo de las personas con discapacidad: si bien es alta en todas partes, existen diferencias significativas de un país a otro.

### **El empleo de personas con discapacidad**

Otro indicador importante para medir su inclusión es el nivel de integración al mundo laboral. En este sentido resulta interesante analizar la tasa de desempleo. Mide el desequilibrio entre la demanda y la oferta de mano de obra. De hecho, mientras los inactivos, que no desempeñan ninguna actividad laboral, están fuera del mercado laboral, los desempleados son aquellos a los que les gustaría trabajar. Y, de hecho, están buscando o deseando activamente un trabajo, pero por diversas razones no pueden encontrarlo. Una de estas razones, en un régimen menos inclusivo, puede ser la discapacidad.

Fuente: [www.clicclavoro.gov.it](http://www.clicclavoro.gov.it)-on>tematica

### **Normativa internacional, europea e italiana para la protección de las discapacidades.**

El proceso de sensibilización sobre el tema de la discapacidad ha sido gradual a lo largo de los años.

A nivel internacional, en 1980, la clasificación CIDDH (International Classification of Impairments Disabilities and Handicaps) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) distinguía entre deficiencia, discapacidad y minusvalía, entendiendo la discapacidad como la desventaja que tiene un individuo en su ámbito personal y minusvalía. como una desventaja social.

En mayo de 2001, la propia OMS adoptó la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Salud y la Discapacidad (CIF), o la nueva "Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Salud y la Discapacidad", todavía vigente en 191 países de todo el mundo.

Esta clasificación supone una revolución en la definición y percepción del fenómeno, dado que, por primera vez, se hace referencia a un enfoque integrado, combinando dificultades de carácter personal con las de carácter social. Esto permite correlacionar el estado de salud y el entorno, llegando a la definición de “discapacidad como condición de salud en un entorno desfavorable”.

### **Los principios clave son:**

- promuovere, sostenere e coordinare iniziative finalizzate all’inclusione delle persone con **disabilità** riconoscendo a tutti pari dignità e pari opportunità;

- assicurare la **piena attuazione della normativa** in materia di disabilità;
- **cooperare con tutte le organizzazioni rappresentative** delle persone con disabilità e le associazioni di volontariato per realizzare interventi a loro favore;
- **partecipare alle attività** promosse dall'Unione Europea, dal Consiglio d'Europa, de las Naciones Unidas y de otros organismos internacionales.

De hecho, recordamos que la Unión Europea y todos los países miembros son partes de la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

En particular, Italia ratificó la Convención de las Naciones Unidas con la Ley del 3 de marzo de 2009, n. 18, que introduce normas mejoradas para proteger los derechos de las personas con discapacidad en el sistema jurídico italiano, estableciendo el Observatorio Nacional sobre la condición de las personas con discapacidad con el objetivo de promover la implementación de la Convención y con la previsión de una acción de dos años. Programa para la promoción de los derechos y la integración de las personas con discapacidad.

A nivel europeo, la Estrategia sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad 2021-2030 tiene como objetivo específico avanzar en todos los ámbitos de la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, tanto a nivel de la UE como de los Estados miembros. El objetivo es garantizar que las personas con discapacidad en Europa -independientemente de su sexo, origen racial o étnico, religión o creencias, edad u orientación sexual- puedan: ejercer sus derechos humanos; disfrutar de igualdad de oportunidades; participar en la sociedad y la economía en igualdad de condiciones; decidir dónde, cómo y con quién vivir; moverse libremente en la UE independientemente de sus necesidades de apoyo; no sufras discriminación.

A nivel nacional (Italiano), como anticipo, la principal normativa de referencia en materia de trabajo y empleo de personas discapacitadas es la Ley del 12 de marzo de 1999, n. 68 que contiene el "Reglamento para el derecho al trabajo de las personas con discapacidad", modificado e integrado posteriormente (ver, en este sentido, el citado Decreto Legislativo de 14 de septiembre de 2015, n. 151).

Además, el INAPP (antes ISFOL) lleva a cabo una actividad constante de investigación y seguimiento sobre cuestiones relativas a la inclusión de las personas con discapacidad en la sociedad y en el mundo del trabajo con el fin de verificar la aplicación de la legislación italiana y europea, así como como el avance de las políticas activas.

En Italia, también cabe mencionar la adopción del programa de acción bienal para la promoción de los derechos y la integración de las personas con discapacidad (2017), un documento programático que tiene como objetivo lograr una igualdad sustancial. Las piezas que componen el Programa son diferentes: respeto a la dignidad y autonomía individual; participación e inclusión plena y efectiva en la sociedad; la valorización de la diversidad; accesibilidad.

La atención a las personas con discapacidad, en consonancia con la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, también caracteriza el Plan Nacional de Recuperación y Resiliencia (PNRR, el llamado Plan de Recuperación). Y de hecho, el Plan se orienta transversalmente hacia la lucha contra las desigualdades, entendidas en términos de igualdad de género, protección y valorización de los jóvenes y superación de las brechas territoriales y - en las seis Misiones que se propone - prevé en diversos sectores medidas encaminadas a garantizar la igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad.

Con el Decreto del Primer Ministro de 6 de noviembre de 2020, publicado en el Diario Oficial el 23 de diciembre de 2021, se definieron los criterios para la emisión de la Carta Europea de la Discapacidad en Italia. Finalmente, cabe señalar que el Decreto Legislativo 30 de junio de 2022, n. 105, que aplica la Directiva (UE) 2019/1158 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 20 de junio de 2019, relativa al equilibrio entre la actividad profesional y la vida familiar de los padres y cuidadores, introducida en la Ley de 5 de febrero de 1992, n. 104 (relativo a la disciplina relativa a la asistencia, la integración social y los derechos de las personas discapacitadas) y en la Ley del 8 de marzo de 2000, n. 53 disposiciones específicas que prohíben actos discriminatorios contra los trabajadores discapacitados que solicitan o se benefician de los beneficios a los que tienen derecho, así como disposiciones adicionales para proteger a los padres trabajadores de menores discapacitados y a los trabajadores que ayudan a familiares con discapacidades.

## **A continuación se detallan las principales novedades:**

- está prohibido discriminar o reservar un trato menos favorable a los trabajadores que soliciten o se beneficien de los beneficios previstos por la Ley núm. 104/1992 (art. 33), por Decreto Legislativo de 26 de marzo de 2001, n. 151 (art. 33 y 42), de la Ley de 22 de mayo de 2017, n. 81 (art. 18, párrafo 3 bis) y por el Decreto Legislativo de 15 de junio de 2015, n. 81 (art. 8), así como cualquier otra prestación concedida a los propios trabajadores en relación con su propia condición de invalidez o la de aquellos a quienes se presta asistencia y cuidado (art. 2 bis, Ley n. 104/1992);
- la madre trabajadora o, alternativamente, el padre trabajador, incluido el padre adoptivo, de un menor con una discapacidad grave, pueden solicitar a sus respectivos empleadores que se beneficien, como alternativa a la extensión de hasta tres años, de un permiso parental (art. 33). del Decreto legislativo n° 151, de 26 de marzo de 2001), 2 horas de licencia diaria retribuida hasta que el niño cumpla el tercer año de vida (art. 33, párrafo 2, Ley n° 104/1990);
- el empleado, público o privado, tiene derecho a beneficiarse de 3 días de licencia mensual retribuida cubierta por una cotización ficticia, incluso de forma continua, para ayudar a una persona con una discapacidad grave que no esté hospitalizada a tiempo completo, con respecto del cual el trabajador sea cónyuge, parte de unión civil, conviviente de hecho, pariente o pariente político hasta el segundo grado. Sin perjuicio del límite global de 3 días, para la asistencia a una misma persona con discapacidad grave, se podrá reconocer el derecho, previa solicitud, a más de uno de los enumerados anteriormente, quienes podrán acogerse alternativamente al mismo. El trabajador tiene derecho a prestar asistencia a varias personas con discapacidad en situaciones graves, siempre que sean cónyuge o parte de una unión civil o conviviente de hecho de un familiar o asimilado dentro del primer grado o dentro del segundo grado, si los padres o el cónyuge de la persona con discapacidad grave hayan cumplido 65 años, o estén también afectados por patologías incapacitantes o estén fallecidos o desaparecidos (art. 33, apartado 3, Ley n° 104/1990);
- los trabajadores que se benefician de los permisos antes mencionados tienen derecho a un acceso prioritario al trabajo inteligente (de conformidad con el art. 18, apartado 3 bis, de la Ley n. 81 de 22 de mayo de 2017) u otras formas de trabajo flexible, sin perjuicio de cualquier disposiciones más favorables previstas en la negociación colectiva en el sector público y privado (art. 33, párrafo 6 bis);
- el cónyuge conviviente de una persona con discapacidad grave, la parte en unión civil o el conviviente de hecho, tiene derecho a beneficiarse de una licencia por hechos y causas particulares (de conformidad con el art. 4, párrafo 2, de la Ley núm. 53/2000), dentro de los 30 días siguientes a la solicitud (art. 42, párrafo 5, Decreto legislativo de 26 de marzo de 2001, n. 151).

## **Política italiana**

Las políticas italianas para la inclusión laboral de las personas con discapacidad han sido reguladas por la Ley núm. 68 de 1999 y modificaciones posteriores, que establece la obligación de las empresas de garantizar una cuota de trabajadores con discapacidad y prevé el uso de herramientas como la colocación selectiva o el empleo protegido. Como había señalado anteriormente.

La colocación selectiva consiste en un proceso de colocación laboral que brinda apoyo de organismos públicos y privados, como centros de empleo, para facilitar la adecuación de la oferta y la demanda de empleo. Este programa tiene como objetivo facilitar la inclusión de trabajadores con discapacidad en el mercado laboral y concienciar a las empresas de la importancia de una cultura inclusiva. Además, la colocación específica también ofrece incentivos a las empresas que contratan a personas con discapacidad.

**Hemos pasado del concepto de contratación obligatoria, sin una evaluación efectiva de su implementación, al de colocación selectiva,** ya que se brinda a la persona con discapacidad la oportunidad de encontrar un trabajo adecuado que le permita mejorar sus habilidades laborales.

Es importante resaltar la importancia de la colocación selectiva como medio para asegurar empleos para las personas con discapacidad e incentivar a las empresas a crear empleos para ellas.

La colocación selectiva no sólo promueve el acceso al trabajo, sino también la posibilidad de mantener el puesto de trabajo y desarrollar las propias capacidades.



El trabajo protegido, por otro lado, es una forma de inserción laboral reservada a personas con discapacidad o que tienen mayores dificultades para encontrar trabajo en el mercado laboral. Este tipo de trabajo se realiza dentro de empresas protegidas o cooperativas sociales, que garantizan un ambiente de trabajo acogedor y seguro.

Las empresas protegidas pueden ser financiadas por entidades públicas o privadas y están comprometidas a brindar a los trabajadores capacitación profesional y experiencia laboral significativa, así como un salario justo. El empleo protegido tiene como objetivo apoyar a las personas con discapacidad en su integración social y laboral y garantizarles un futuro financiero seguro.

Además, se han implementado medidas como la Dote Lavoro, una intervención de política activa de empleo destinada a apoyar el empleo de ciudadanos con discapacidad.

### **La Dote Lavoro, entonces, es un programa impulsado por el Ministerio de Trabajo y Políticas Sociales de Italia para fomentar el empleo de personas con discapacidad.**

Este programa ofrece un paquete de intervenciones programas integrados que incluyen capacitación, apoyo laboral, pasantías e incentivos para empresas que contraten personas con discapacidad. El principal objetivo de Dote Lavoro es incrementar la participación de las personas con discapacidad en el mercado laboral, ofreciéndoles oportunidades de desarrollo profesional y crecimiento personal. Cada Región implementa Políticas Activas siguiendo sus propios lineamientos. Por ejemplo, en la Región de Lombardía se creó el Plan Emergo (Experiencia, Metodología y Recursos Generan Oportunidades), activo desde 2005, con el que la Ciudad Metropolitana de Milán proporciona medidas y financiación para apoyar a las personas con discapacidad, para: apoyar la colocación y retención en el trabajo;

- apoyar a las empresas que los acogen;
- promover un sistema integrado de servicios de empleo, mejorando la inclusión sociolaboral en colaboración con los servicios sociales y sanitarios.

El Plan está dirigido principalmente a ciudadanos con discapacidad del área metropolitana inscritos en las listas provinciales a que se refiere el art. 8 de la Ley 68/99 o empleados de conformidad con la legislación para el empleo de personas con discapacidad. Para algunas medidas y actividades, la financiación también está destinada a empresas y operadores de servicios de empleo.

### **COMO FUNCIONA**

En línea con las directrices del Plan de Discapacidad de la Región de Lombardía, las medidas de política activa se dividen en:

- Dote Única Lavoro, un conjunto de servicios personalizados para la persona y su familia;
- Dote Impresa, una dotación de recursos y servicios de apoyo a las empresas para apoyar el proceso de inserción o mantenimiento de personas con discapacidad en el trabajo;
- Acciones del sistema, intervenciones experimentales en el ámbito de la formación, la sensibilización y los servicios para promover la inserción laboral y la retención laboral de las personas con discapacidad;
- Red de Acciones por el Trabajo - sector discapacidad, para la financiación de proyectos dirigidos a personas con discapacidad que necesitan un apoyo intenso en el proceso de inserción laboral.

Además, Italia ratificó la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad en 2009, comprometiéndose a promover la plena inclusión laboral de las personas con discapacidad.

A pesar de estas políticas, el empleo de personas con discapacidad en Italia todavía está limitado por barreras culturales y estructurales. Para superar estos desafíos y garantizar una verdadera inclusión en el lugar de trabajo, es importante promover la formación en materia de discapacidad, sensibilizar a la opinión pública y desarrollar políticas dirigidas a la inclusión. (Nascia, Trivellato, 2016).

## **Barreras y oportunidades de empleo para personas con discapacidad**

Las barreras al empleo para las personas con discapacidad son factores que les impiden acceder y mantener un empleo. Hay muchos factores y pueden variar según la discapacidad, el país y el entorno laboral.

Algunos de los factores más comunes son:

- Barreras físicas: la accesibilidad limitada a los lugares de trabajo y la falta de adaptaciones pueden impedir que las personas con discapacidad accedan y mantengan un empleo.
- Barreras actitudinales: las percepciones negativas sobre la discapacidad y la falta de conciencia sobre la importancia de la inclusión pueden crear barreras para las personas con discapacidad.
- Barreras legislativas: la falta de incentivos o programas para ayudar a las empresas a contratar personas con discapacidad y la falta de protección para las personas con discapacidad en el lugar de trabajo pueden crear barreras al empleo.
- Falta de formación y desarrollo profesional: Las limitadas oportunidades de formación y desarrollo profesional pueden impedir que las personas con discapacidad accedan y mantengan un empleo.
- Discriminación en el lugar de trabajo: La discriminación en el lugar de trabajo, basada en la discapacidad, puede impedir que las personas obtengan y mantengan un empleo.

Superar estos factores es importante para garantizar la igualdad de oportunidades laborales para todos, independientemente de la discapacidad y su grado.

**La tasa de desempleo de las personas con discapacidad en Italia** es claramente superior a la de la población general. Los datos del Istat de 2019 destacan una tasa de desempleo con respecto a la discapacidad en torno al 29,1%; la población general ronda el 9,5%. (Istat, 2019)

Sin embargo, también se están realizando algunos esfuerzos para mejorar la situación del mercado laboral de las personas con discapacidad en Italia. Por ejemplo, existen incentivos fiscales para las empresas que contratan personas con discapacidad y programas de formación y desarrollo para personas con discapacidad. Además, existe una conciencia cada vez mayor de la importancia de la inclusión de las personas con discapacidad en la sociedad y su contribución al mercado laboral.

## **CONCLUSION**

El trabajo para las personas con discapacidad aun es muy problematico debido a que los sistemas economicos prefieren fijar sus metas a la mayor produccion posible sin dar importancia a la persona e sobre todo a las personas con discapacidad sea fisicas que psicicas.

Naturalmente non dire nada de nuevo: se la persona se encuentra bien en el trabajo producira más, pero si esta mal la produccion se reduce enormemente. Muchas empresas grandes y pequeñas han empezado a aplicar este principio de buscar que el ambiente de trabajo sea el mejor posible, y esto no es porque sean muy buenos más bien porque les interesa que la produccion aumente.

En este contexto se desarrolla los primeros inserimentos de personas con discapacidad, la mayor parte debido a que son estados “obligados” por la ley 68 Pero en cambio han tenido reducciòn de impuestos y varias otras ayudas. Como hemos visto en la exposiciòn (plan de las discapacidades de la region lombardia) se han creado varios instrumentos para poder intruducir a estas personas al interno del sistema productivo. Para mi es un enorme placer ver cuando una empresa hace un contrato formal de trabajo a estas personas y obtiene mayor reducciòn de impuestos. Sobre todo el articulo de la ley 68 del 1999 a sido de mucha ayuda pues ya non es como antes que se manda a la persona sin analizar el tipo de trabajo, ahora tratamos de ver antes el puesto de trabajo y las capacidades de la persona. Ver personas que han tenido un tumor, o que han perdido un pie o un brazo e de los dedos o bien una discapacida intelectualiva lieve, media o grave estar trabajando es una enorme satisfaciòn. Reconosco que esto es solo el incio y que hay mucho trabajo por delante, ademas de la complejidad en este tema, pues esta de por medio la politica, las empresas, los servicios al trabajo, las familias y los prejuicios de una sociedad que requiere la perfecciòn.

## BIBLIOGRAFIA

- Cucchi, A. F. (2023). Lavoro e disabilità: la diversità come risorse in azienda. Elaborato di Tesi. Facoltà di scienze della formazione. Università degli studi Guglielmo Marconi di Roma.
- ISTAT (2020). Dati ISTAT – Italia 2019. Bilancio demografico nazionale. [www.istat.it](http://www.istat.it)
- Nascia, L., Trivellato, F. (2016). “Inclusione lavorativa di persone con disabilità: dalla Legge 68/1999 alle politiche attive del lavoro”. *Disuguaglianze e Diversità*, 3: 133-156.
- OMS (2021). Clasificación Internacional del funcionamiento, la salud y la discapacidad. [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43360/9241545445\\_spa.pdf](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43360/9241545445_spa.pdf)

## SITI DI INTERESSE GENERALE

- [www.clicclavoro.gov.it](http://www.clicclavoro.gov.it)>on-tematica
- [www.openpolis.it](http://www.openpolis.it)

## ATTI REGIONALI DI RIFERIMENTO

- **Legge Regionale 4 agosto 2003 n. 13** “Promozione all’accesso al lavoro delle persone disabili e svantaggiate” come modificata dall’art. 12 comma 1 della l.r.10 agosto 2018, n.12;
- **DGR. X/1106 del 20 dicembre 2013** “Linee di indirizzo a sostegno delle iniziative in favore dell’inserimento socio-lavorativo delle persone con disabilità, a valere sul fondo regionale istituito con L.R. 4 agosto 2003 n.13”;
- **DGR XI/843 del 19 novembre 2018** “Linee di indirizzo a sostegno delle iniziative in favore dell’inserimento socio-lavorativo delle persone con disabilità, a valere sul Fondo Regionale istituito con L.R. 4 agosto 2003 N. 13 - Annualità 2019-2020”;
- **DGR XI/2461 del 18 novembre 2019** “Linee di indirizzo a sostegno delle iniziative in favore dell’inserimento socio-lavorativo delle persone con disabilità, a valere sul Fondo Regionale istituito con L.R. 4 agosto 2003 N. 13 - Annualità 2020-2021”;
- **Decreto della Direzione Generale Istruzione, Formazione e Lavoro 3311 del 24 marzo 2017** “Approvazione schema di bando Dote Impresa Collocamento Mirato 2017- 2018 e liquidazione alle Province del 10% delle risorse complessive”;
- **Decreto della Direzione Generale Istruzione, Formazione e Lavoro 6167 del 26 maggio 2017** “Approvazione dello schema di Manuale di Gestione Dote Impresa Collocamento Mirato Sezione 1 Asse 1”.
- **Decreto della Direzione Generale Istruzione, Formazione e Lavoro 9292 del 27 luglio 2017** “Approvazione dello schema di Manuale di Gestione Dote Impresa Collocamento Mirato Sezione 2 Asse 2 e Asse 3”;
- **DDUO n. 16962 del 25 novembre 2019** “Decreto di impegno in FPV a favore delle Province/Città metropolitana del riparto del fondo disabili L.R. 13/2003 - Annualità 2019 - approvato con DGR n. 2461 del 18/11/2019”;
- **DGR XI/3838 del 17 novembre 2020** “Linee di indirizzo a sostegno delle iniziative in favore dell’inserimento socio-lavorativo delle persone con disabilità, a valere sul Fondo Regionale istituito con L.R. 4 agosto 2003 N. 13 - Annualità 2021-2022”;

- **Decreto Sindaco metropolitano CMM R.G. 127/2021 del 7 giugno 2021** “Approvazione del Piano metropolitano per l'attuazione di interventi a valere sul fondo regionale per l'occupazione dei disabili - Fondo regionale disabili 2020 Masterplan 2020”; -
- **DGR XI/5579 del 23 novembre 2021** “Linee di indirizzo a sostegno delle iniziative a favore dell'inserimento socio-lavorativo delle persone con disabilità a valere sul Fondo regionale istituito con LR 4 agosto 2003 n. 13 – Annualità 2022-2023”;
- **DGR XI/7273 del 07/11/2022** “Linee di indirizzo a sostegno delle iniziative a favore dell'inserimento socio-lavorativo delle persone con disabilità a valere sul Fondo regionale istituito con LR 4 agosto 2003 n. 13 – Annualità 2023-2024”. 17/18-
- **Decreto della Direzione Generale Istruzione, Formazione e Lavoro n. 16404 del 29 novembre 2021** “Decreto di impegno in fpv a favore delle province/città metropolitana del riparto del Fondo disabili LR. 13/2003 - Annualità 2022 approvato con dgr n 7273 del 07/11/2022”.

## **ASOCIACIONES, ORGANISMOS Y FEDERACIONES ÚTILES EN ITALIA**

- A.D.V. - Asociación de personas con discapacidad visual
- AYUDA. - Asociación Italiana de Dislexia
- A.I.S.M. - Asociación Italiana de Esclerosis Múltiple
- A.N.M.I.C. - Organismo nacional de protección de las personas con discapacidad
- A.N.M.I.L. - Asociación Nacional de Mutilados e Inválidos de Trabajo
- A.N.V.C.G. - Asociación Nacional de Víctimas Civiles de la Guerra
- ASPHI - Puesta en marcha y desarrollo de proyectos para reducir la discapacidad a través de TI
- ENS - Organización Nacional de Sordos
- F.A.I.P.- Federación de Asociaciones Italianas de Personas con Lesión de la Médula Espinal
- F.I.S.H.- Federación Italiana de Superación de Handicaps
- U.I.C.- Unión Italiana de Ciegos y Deficientes Visuales
- UNMS - Unión Nacional de Mutilados por el Servicio

## **Le soggettività lgbt+ nel sistema familiare. riflessioni su coming out, performance identitaria, identità familiari e intimità relazionale.**

*(LGBT+ subjectivities in the family system. Reflections on coming out, identity performance, family identities, and relational intimacy)*

Federico Ferrari<sup>10</sup>

[federico\\_ferrari79@yahoo.it](mailto:federico_ferrari79@yahoo.it)

### **SOMMARIO**

In una narrazione eteronormativa della realtà, le persone LGBT+ si trovano spesso a fare i conti con esperienze impreviste per loro stessi e per la loro famiglia. Si trovano cioè a dover rendere conto, prima di tutto a se stessi, di una differenza che fa la differenza e a dover decidere come questa differenza li definisce. Partendo da (1) una chiara definizione delle diverse componenti dell'identità sessuale e (2) una distinzione tra strutture del sé e identità narrativa co-costruita, questo contributo intende proporre una riflessione sul processo di coming out da una prospettiva sistemica e relazionale. Prenderemo in considerazione il modo in cui le persone LGBT+ comunicano questo aspetto imprevisto di sé, prima nella relazione con se stesse e poi con gli altri: 1) realizzano un'identità individuale, 2) colmano un vuoto di intimità relazionale, 3) sconvolgono la narrazione della famiglia su se stessa, alterando le identità di tutti i membri e suscitando emozioni, bisogni e reazioni con cui il terapeuta deve lavorare.

**PAROLE CHIAVE:** eteronormatività; identità sessuale; coming-out; identità familiare; terapia familiare

### **ABSTRACT**

In a heteronormative narrative of reality, LGBT+ individuals often come to terms with experiences unforeseen to themselves and their family. That is, they find themselves having to account, first and foremost to themselves, for a difference that makes a difference, and to decide how that difference defines them. Starting from (1) a clear definition of the different components of sexual identity, and (2) a distinction between structures of the self and co-constructed narrative identity, this contribution aims to propose a reflection on the coming-out process from a systemic and relational perspective. We will consider how LGBT+ individuals in communicating about this unforeseen aspect of self, first in their relationship with themselves, and then with each other: 1) perform an individual identity, 2) fill a gap of relational intimacy, 3) disrupt the family's narrative about itself, altering the identities of all members and eliciting emotions, needs, and reactions with which the therapist must work.

**KEY WORDS:** heteronormativity; sexual identity; coming-out; family identity; family therapy

### **1. INTRODUZIONE**

Lo sguardo sistemico sui fenomeni è definito dalla sua attenzione al contesto come elemento chiave per comprendere. Quando parliamo di identità sessuali (sia delle minoranze LGBTQIAP+ che delle maggioranze), il contesto è un sistema di premesse e di significati, e in particolare un'ideologia (van Dijk, 1998) eteronormativa (Kitzinger, 2005), veicolata da rappresentazioni, pratiche e infrastrutture sociali, condivisa da una maggioranza, naturalizzata, istituzionalizzata, che assume i lineamenti del senso comune. In altre parole,

---

<sup>10</sup> Psicologo, PhD in psicologia sociale, psicoterapeuta sistemico-relazionale e dialogico, didatta del CMTF e del CBTF, membro direttivo SIRTS, membro direttivo EFTA-CIM.

L'eteronormatività è *egemonica* (Manago et al., 2023). Questo traccia le premesse di uno stress di minoranza (Meyer, 2003) che condiziona in senso negativo i vissuti e i movimenti di tutti i soggetti non eteronormati.

L'eteronormatività può essere descritta come quella tautologia (Bateson, 1972) basata sull'idea che il *genere* corrisponda al *sexo biologico*, inteso come *struttura binaria, eterosessuale e procreativa*.

Sulla base di questa premessa nucleare, si articolano quattro sottosistemi ideologici che si auto-confermano reciprocamente in modo circolare, producendo delle rappresentazioni normative, che a loro volta producono degli atteggiamenti discriminatori (Ferrari et al., 2021):

- 1) **Procreativismo:** l'idea che la *procreazione sia il fine ultimo della sessualità stessa*, e non solo (come invece possiamo descriverla da un punto di vista sistemico) una potenzialità dell'organizzazione biologica che chiamiamo "sesso" che ha l'importante "funzione" (diverso da "finalità") di regolare la riproduzione della specie umana (Ferrari, 2018). Da questa idea derivano la rappresentazione normativa della parentela come filiazione di sangue, e l'atteggiamento discriminatorio verso chi non desidera figli (potremmo chiamarla "apaidiofobia"?) e in generale quello che è stato chiamato altrove "pronatalismo" (Serri et al., 2019).
- 2) **Binarismo:** l'idea, basata sulla complementarità biologica necessaria alla procreazione, che *esistano solo due forme di umanità: il maschio e la femmina*, i quali sono complementari in ogni aspetto della loro esistenza (Bem, 1981). Da questa idea derivano la rappresentazione normativa dei ruoli di genere tradizionali, della femminilità come cura e dipendenza e della maschilità come dominio e indipendenza (Bourdieu, 1998), e gli atteggiamenti di sessismo e machismo (Glick, Fiske, 2001).
- 3) **Essenzialismo:** l'idea che *ogni aspetto mentale* dell'essere umano (individuale, sociale, culturale) sia *definito e compreso nell'essenza biologica* del sesso procreativo (Scott, 1988; Heyman, Giles, 2006). Da questa idea derivano la rappresentazione normativa dell'identità sessuale come destino biologico, e l'atteggiamento discriminatorio verso le identità di genere non conformi (transnegatività – Fine et al., 2024).
- 4) **Eterosessismo:** l'idea che *ogni desiderio, attrazione e pulsione* individuale (sessuale e amorosa) *sia necessariamente eterosessuale* (Herek, 1990), rappresentando il fulcro motivazionale della funzione procreativa e della complementarità maschio-femmina. Da questa idea derivano la rappresentazione normativa dell'amore e della coppia come eterosessuali, e l'atteggiamento discriminatorio verso l'omosessualità intesa come "inversione sessuale" (omonegatività).

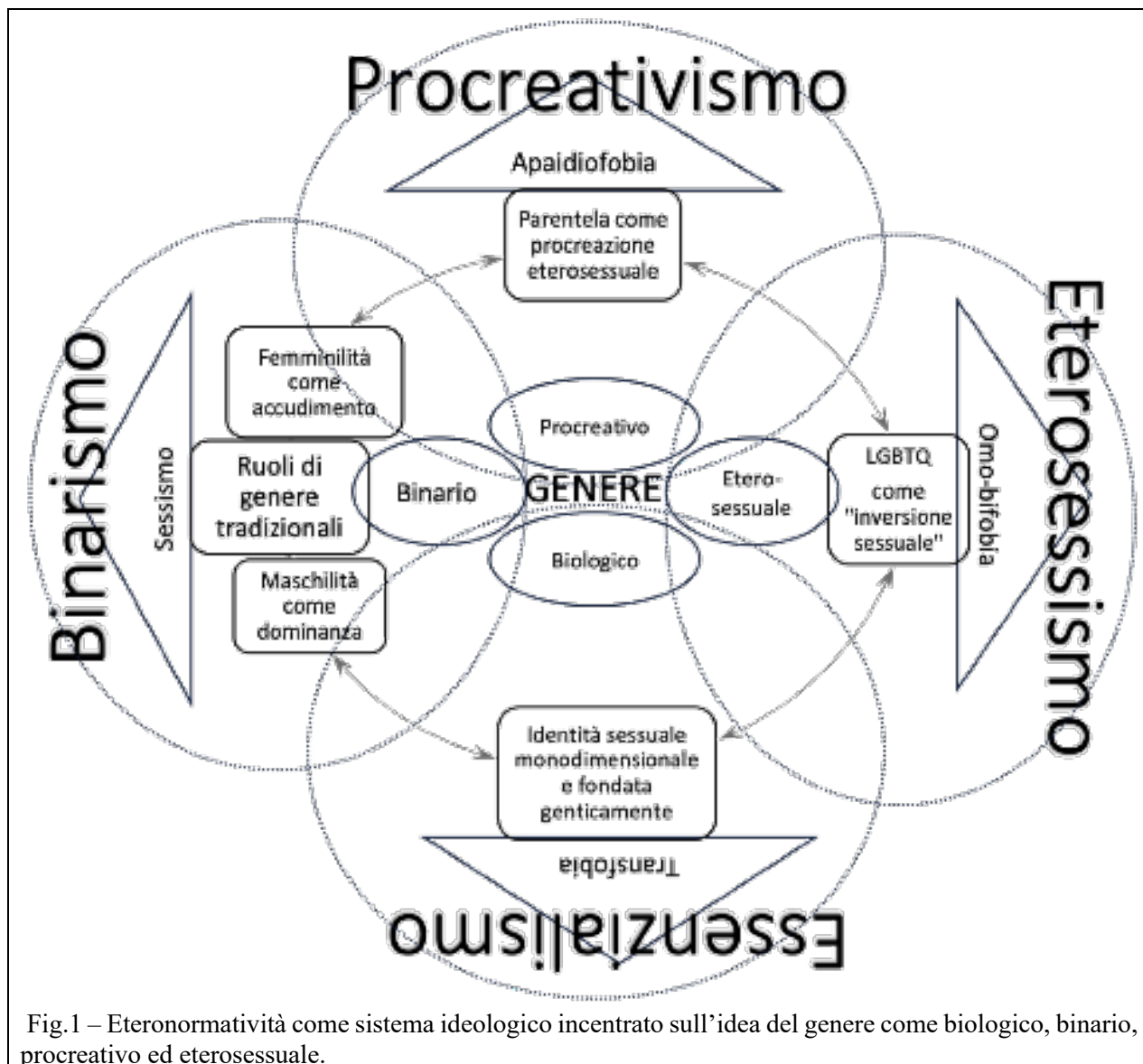


Fig.1 – Eteronormatività come sistema ideologico incentrato sull’idea del genere come biologico, binario, procreativo ed eterosessuale.

Accanto a questo sistema di pensiero egemonico, sono sempre più presenti e visibili sistemi di pensiero alternativi (Myers, Booth, 2002), più paritari, sovversivi o emancipati (per es. il femminismo, il queer, il non-binarismo, etc.) che risultano specialmente accessibili alle nuove generazioni, spiegando i cambiamenti sempre più veloci nell’arco dell’ultimo secolo nel modo di vivere la sessualità e le relazioni (Catalpa et al., 2019). Tuttavia, sebbene la globalizzazione ed internet tendano a rendere questo processo di emancipazione dall’eteronormatività sempre più accessibile a chiunque, la geografia e l’appartenenza culturale e familiare possono fare una differenza enorme, e sono moltissime le persone appartenenti a minoranze LGBTQ+ che crescono ancora in una bolla integralmente eteronormativa.

Inoltre, anche laddove le ideologie di genere non tradizionali siano accessibili, e sia possibile un’identificazione con il gruppo di minoranza, questa di base risulta problematica, perché in prima battuta espone allo stigma ad essa associato e alla marginalizzazione (Elmer et al., 2022). Quando però in un secondo momento l’identificazione permette di sentirsi parte di una comunità e di una minoranza attiva, esso risulta un fattore di protezione dallo stress di minoranza. Il senso di appartenenza riduce infatti la capacità dello stigma di inibire i soggetti e suscitare in loro il senso di solitudine, riducendo le conseguenze negative di questi effetti (Elmer et al., 2022). Risulta dunque potenzialmente problematico l’accesso ad un’identità sociale LGBTQ+ in assenza della possibilità di un’interazione sociale e di un’aggregazione ad un gruppo capace di ridurre la solitudine associata al sentimento di differenza.

## 2. STRUTTURA DEL SÉ, CO-COSTRUZIONE DELL'IDENTITÀ

Da un punto di vista sistemico, possiamo pensare la mente individuale come una struttura dissipativa (Prigogine, Stengers, 1980) la cui organizzazione si definisce a partire da premesse biologiche, che albergano un processo circolare di sensazioni, che si organizzano in esperienze, che si strutturano in significati, che diventano premessa per nuove esperienze, in una stratificazione identitaria di apprendimenti e deuter-apprendimenti sulla relazione tra sé e il mondo (Bateson, 1972), che acquisiscono stabilità con il tempo e la storia individuali.

In un'ottica di doppia descrizione, ci proponiamo di riferirci (Ferrari, Ciliberto, 2016) con il termine *Sé* alla struttura organizzativa di premesse biologiche, psichiche e simboliche che sottendono l'esperienza intraindividuale, mentre di utilizzare il termine *identità* rispetto alla co-costruzione relazionale e contestuale, simbolica, narrativa e/o ipertestuale, della soggettività dell'individuo.

Sulla base di questa distinzione, in un contesto sistemico dovremmo preferire l'espressione "Sé sessuale" a quella più comunemente usata di "identità sessuale". Con questo termine ombrello ci si riferisce a diverse dimensioni funzionali (Shively, De Cecco, 1977; Rigliano et al. 2012):

- *corpo sessuato*: l'esperienza del corpo e dei suoi processi somatici associati agli aspetti cromosomici, ormonali, gonadici, genitali e sessuali secondari;
- *identità nucleare di genere*: senso profondo di appartenenza ad uno, più o nessuno dei generi culturalmente disponibili;
- *orientamento sessuale*: predisposizione duratura a provare o meno desiderio sessuale e amoroso in base a delle caratteristiche di genere dell'altro;
- *espressione di genere*: grado di corrispondenza dei modi e dei comportamenti dell'individuo con uno, più o nessuno dei generi disponibili culturalmente;
- *identità sessuale categoriale*: integrazione cognitiva e descrizione del proprio Sé sessuale, definizione della propria sessualità per sé e per gli altri.

Per ciascuna di queste dimensioni esiste una *varianza di manifestazioni possibili*, più o meno conformi alle aspettative eteronormative verso cui la socializzazione spinge lo sviluppo degli individui. E ciascuna di queste dimensioni, in ogni individuo, si manifesta *in modo indipendente*.

Le componenti dette nucleari (corpo sessuato, identità di genere e orientamento sessuale), più precoci, stabili e in parte inconsapevoli, si riferiscono a strutture del Sé, mentre le componenti distali, come l'espressione di genere e l'identità categoriale, si riferiscono ad aspetti più deliberati, maggiormente frutto di una autoriflessività e di una scelta soggettiva, operata dentro un contesto di circostanze relazionali, di significati condivisi e di possibilità.

Durante lo sviluppo, il bambino dipende molto dagli adulti nelle sue facoltà di autoriflessione e integrazione dei significati delle proprie esperienze. Così, la narrazione identitaria, la co-costruzione dei significati riferiti al sé, è massimamente dipendente dall'interpretazione data dagli adulti e dagli agenti della socializzazione (vedi *funzione  $\alpha$*  di Bion, 1962; *scaffolding cognitivo* di Bruner et al., 1976), mentre, gli aspetti strutturali del Sé, le "regole" della sua organizzazione psichica, rimangono largamente inconsapevoli.

Questo vale anche per lo stratificarsi delle premesse di funzionamento relative all'identità di genere nucleare e all'orientamento sessuale. La psicologia dello sviluppo ha fissato alcuni passaggi (Martin, Ruble, 2010): di norma a 18 mesi il bambino risponde in modo differenziato a stimoli maschili e femminili e a 3 anni usa le categorie di genere per descriversi, ma solo negli anni successivi (entro i 5-6 anni) comprenderà la stabilità nel tempo di tali categorie e il fatto che *si riferiscono* al sesso biologico e non all'espressione di genere. All'incirca dai 5 anni il genere diventa anche un elemento di interpretazione del mondo sociale, della propria appartenenza al gruppo dei maschi o delle femmine, con l'interiorizzazione di stereotipi e norme di genere.

Durante l'infanzia l'adulto percepisce e interpreta l'espressione di genere del bambino, potendosi accorgere di una sua "atipicità" e potendo aiutarlo a quel punto ad esplorare gli aspetti più nucleari del suo genere (che non necessariamente saranno non-conformi), o invece spingerlo verso una "conformità" e una negazione di una

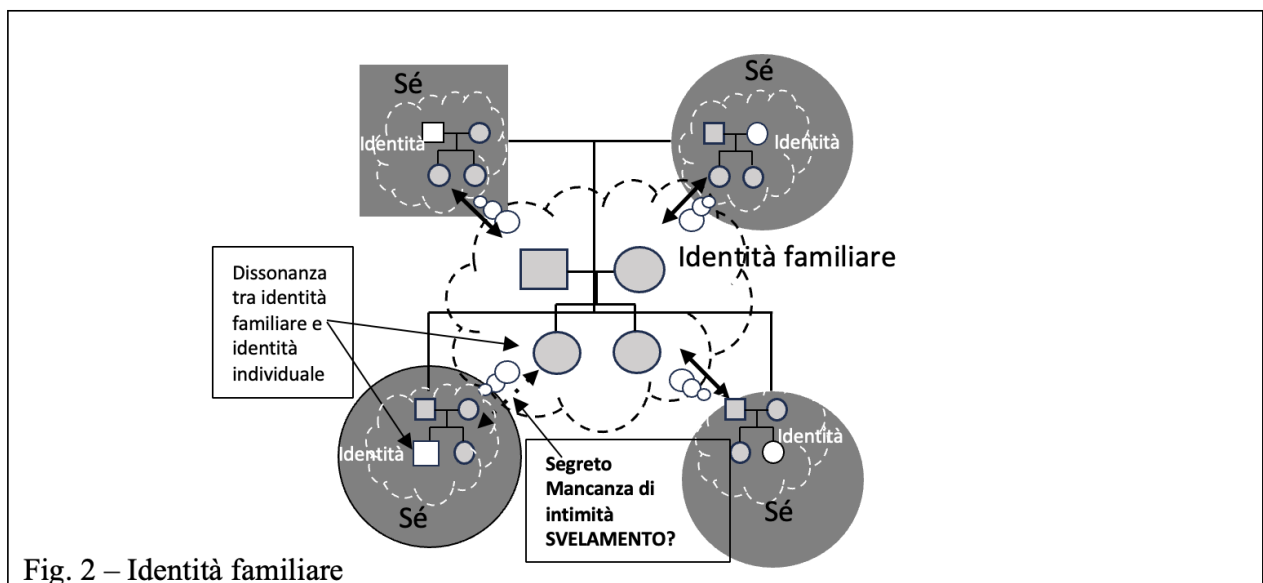


eventuale varianza. Anche però nel caso dell'esplorazione, la mancanza di esperienza e di strutture cognitive limita le possibilità del bambino di capire pienamente le proprie strutture nucleari. L'orientamento omosessuale, per esempio, spesso a posteriori viene riconosciuto in un a serie di sensazioni già presenti ben prima della pubertà, ma, nei fatti, difficilmente il bambino può capire i propri sentimenti nei loro aspetti discordanti dalla narrazione eteronormativa prima della propria maturazione pulsionale e cognitiva.

Se in generale il concetto sistemico di identità evidenzia come la narrazione di sé avvenga sempre dentro una co-costruzione relazionale e sociale, possiamo considerare che le identità degli individui di una stessa famiglia siano specialmente interconnesse perché:

- costruite a partire da categorie della parentela che fondano una definizione di sé reciproca in funzione l'uno dell'altro (uno è figlio di un genitore nella misura in cui l'altro è genitore di quel figlio, etc.), le persone si pensano vincolate da un'appartenenza reciproca, e all'interno di una rappresentazione condivisa del gruppo come famiglia (Sahlins, 2013);
- costruite a partire da narrazioni condivise con le famiglie di origine (mezzo di trasmissione transgenerazionale di miti – Ferreira, 1966 – e paradigmi familiari – Reiss, 1981);
- costruite dentro una negoziazione continua e contingente del proprio e dell'altrui ruolo nella famiglia, che collettivamente implica la gestione dei confini familiari (Boss, Greenberg, 1984);
- costruite in storie di esperienze condivise e reciproche, narrando se stessi alla luce della narrazione della vita degli altri, o intorno al mistero di ciò che non si sa di loro (il segreto della loro interiorità, che anche quando non è conosciuto è importante per come lo si immagina);
- globalmente, i membri di una famiglia vivono gli uni la vita degli altri, nel senso che ciò che accade ad un individuo è intrinsecamente rilevante per ognuno degli altri, generando un impatto emotivo diffuso, differenziato e riverberante in tutta la famiglia.

Il livello di *intimità* delle relazioni di una famiglia (Ferrari, 2010) rappresenta allora il livello di effettiva coerenza tra i vissuti degli uni e degli altri che, seppure connessi, possono viaggiare su binari paralleli, oppure tradursi in una effettiva condivisione delle narrazioni identitarie ed emotive. Sono più intime le relazioni in cui c'è più corrispondenza tra la narrazione di sé di un individuo, e la narrazione che gli altri fanno di lui/lei (o quantomeno degli elementi della narrazione che possono sempre essere valutati diversamente: *“mio fratello crede di non poter mai dire di no a mia madre, ma io sono convinto che dovrebbe”*). A mano a mano che l'individuo acquisisce competenze autoriflessive, ed è capace di constatare e comprendere una dissonanza tra il proprio vissuto e la narrazione fatta di lui/lei da parte dei familiari questo genera un processo di graduale individuazione ed emancipazione, ma anche un calo di intimità e un incremento del senso di solitudine tipico



dell'adolescenza. Da questo momento sta all'individuo cercare e trovare modi di instaurare relazioni di intimità sufficiente a sentirsi visto e riconosciuto per come è (si vive).

### 3. IL PROCESSO DI COMING OUT

La socializzazione di genere consiste nell'offrire al bambino che cresce delle categorie utili a pensare il suo genere in modo coerente all'orizzonte simbolico della cultura di riferimento, così da facilitarne l'integrazione. Quando questo processo assume connotati eteronormativi, la socializzazione preme i bambini affinché valorizzino le parti dei propri vissuti coerenti alla narrazione eteronormativa, ignorando, nascondendo e inibendo attivamente quelle che non lo sono. Questo genera un, per così dire, fisiologico "sforzo di genere" (Pleck, 1995): la fatica che la maggioranza delle persone fa per sentirsi adeguata come maschio o come femmina. La narrazione di sé, condivisa sul piano identitario con la famiglia, come maschio o come femmina cisgender tipici, supporta questo sforzo tramite interpretazioni naturalizzanti e lo motiva (si fa paradossalmente lo "sforzo" di essere la miglior versione di qualcosa che si deve essere "per natura" ricevendo in premio la soddisfazione di essere un eccezionale esemplare di maschio o femmina "normale"). Quando però un bambino sviluppa un'identità di genere nucleare o un orientamento sessuale non conforme *in un contesto eteronormativo*, percepirà che la narrazione condivisa su di sé non è compatibile con il suo vissuto, e realizzerà la sua difformità dalle aspettative. La *pressione a conformarsi* (Perry et al., 2019) risulterà allora tanto più forte quanto il senso di dissonanza dal modello prescritto e lo *sforzo di genere potrà produrre sentimenti di alienazione*, quali solitudine, esclusione, inadeguatezza e impotenza, che potranno tradursi in:

- *invalidazione di sé*, il giudizio negativo dei propri sentimenti, con emozioni di vergogna e colpa, talvolta di rabbia;
- *inibizione relazionale*, l'ansia sociale, la paura del giudizio e il ritiro sociale;
- *creazione di un falso sé*, secondo il motto "fingi finché non ci credi anche tu, se piaci agli altri allora piacerai anche a te stesso".

Il processo di coming out inizia da questa autoriflessione e da questa sofferenza, che lascia l'individuo *consapevole di essere sconosciuto agli altri* e solo, fino a quando non deciderà di svelarsi.

Se da subito l'individuo riconosce la propria differenza, il processo di comprensione dei propri vissuti avviene nell'esperienza, attraverso continue risignificazioni. La ricerca delle categorie semantiche adeguate a descrivere i propri sentimenti si traduce in una ricerca di categorie e spiegazioni capaci di descriversi per come ci si sente di essere: è la ricerca identitaria della propria autenticità. Questo processo avviene sempre nel confronto sociale, diretto, tramite social o attraverso i media tradizionali. Quando dunque parliamo del Sé (e dell'identità sessuale) dobbiamo notare che esiste sempre un vertice auto-osservativo che analizza i vissuti e li traduce, fino a poter interrogare in modo critico la cultura stessa e le sue categorie di comprensione. Questo vertice riflessivo è quello che possiamo chiamare "soggettività", cioè il processo di autopoiesi del soggetto. Il Sé (e l'identità sessuale in particolare) si struttura nella dialettica interiore tra aspetti nucleari che vengono scoperti e "subiti" al di là di ogni possibile scelta (come l'identità di genere e l'orientamento sessuale), e la costante decisionalità su come tradurli, significarli e possibilmente agirli, in una visione di sé affermativa e compatibile con la propria felicità (Ferrari, 2021).

Questo apre quindi una scelta continua di "se e come" portare questa autenticità nella relazione con l'altro.

Il coming out può essere descritto come processo soggettivo e continuo di affermazione e riaffermazione dell'identità, che ha diverse funzioni:

- stabilire con sé stessi e assumere "chi si è per sé" (identità personale);
- generare coordinamento relazionale e creare e mantenere l'intimità, definendo "chi si è per l'altro" (identità relazionale);
- affermare un'appartenenza e un proprio posizionamento nella propria rappresentazione del mondo sociale (identità sociale).

La decisione di svelare la propria identità a chi non la conosce (e la interpreta altrimenti sulla base di una narrazione eteronormativa) è detta *disclosure*, ed è di norma il frutto di una riflessione di verifica del rapporto

tra la propria identità personale e le aspettative espresse dall'altro in merito, e quindi sulle possibili conseguenze nel comunicare questa informazione sulla propria identità sul piano personale, relazionale, familiare e sociale. Da un lato ogni nuovo contesto richiede di rinnovare questa decisione (se sì o se no), ma anche nella relazione con i familiari si tratta costantemente di "aggiornare" la narrazione familiare sul processo esplorativo e identificativo individuale.

Rispetto alle modalità dello svelamento, esso può essere volontario, involontario o estorto ("confrontazionale"). Quando sono gli altri però a svelare l'informazione senza il consenso dell'interessato non si parla di "coming out" ma di "outing". Quando è volontario può essere fatto in modo *impulsivo* o *pianificato*, con una comunicazione *esplicita* e verbale (a voce o scritta) oppure *implicita* in un comportamento o nelle circostanze, e può, infine avvenire *di colpo* in una occasione specifica o essere uno svelamento *graduale* passando poche informazioni alla volta.

*La disclosure* può essere considerata come un processo comunicativo (esprimo ciò che sento e ottengo feedback, estendo la mia riflessione), performativo (realizzo ciò che sento nella pratica e lo rendo «vero» nella forma che più mi corrisponde) e di posizionamento sociale (stabilisco la mia appartenenza e mi colloco nel contesto in modo coerente a ciò che sento, permettendomi di agire liberamente in tale veste).

#### 4. COMING OUT E DINAMICHE FAMILIARI

Svelarsi significa dunque performare la propria identità personale nella relazione con l'altro (Ferrari, 2010), integrare nella narrazione condivisa i significati sul sé elaborati nell'autoriflessione, portando nuova informazione e modificando l'immagine che l'altro ha del soggetto. In senso positivo, è evidente che lo svelamento si traduce nel superamento di un segreto, nel ripristino di una fiducia reciproca. Soprattutto lo svelamento ripristina l'intimità delle relazioni familiari, la possibilità per il soggetto di sentirsi "visto" dall'altro. Molti prima dello svelamento temono che l'amore ricevuto dell'altro verrebbe meno se questi sapesse chi loro sono realmente: questo significa che il segreto può anche impedire ad una relazione positiva di essere realmente fonte di una piena validazione del sé. Lo svelamento, dunque, ripristina questa possibilità. In quanto comunicazione, tuttavia, uno svelamento non sempre trasmette un'informazione univoca, e molto dipende dal contesto della comunicazione (Cronen et al., 1982). A seconda del contesto comunicativo, affermare la propria identità può performare, per esempio, una richiesta di cura, un'accusa, un atto di emancipazione, che a loro volta dentro la specifica storia di un sistema possono avere implicazioni diverse, e non sempre gli effetti della comunicazione corrispondono alle intenzioni di chi si svela (Ferrari, 2010).

L'informazione sull'identità sessuale della persona non cambia solo l'immagine che l'altro ha di questi, ma anche l'immagine che ha della loro relazione, e se tale relazione è una relazione identitaria (ovvero una relazione sulla base della quale l'altro definisce se stesso), ciò ha la conseguenza di cambiare anche l'immagine che l'altro ha di sé stesso. Uno svelamento ha quindi un impatto sull'identità familiare di tutti membri della famiglia. A quel punto anche tutti i familiari coinvolti si troveranno a dover decidere il proprio coming out come padre, madre, fratello o sorella di... In questa rete di decisioni e svelamenti identitari, la distinzione tra *coming out* (lo dico io per me) e *outing* (tu lo hai detto al posto mio) si confonde e sarà sempre più importante un processo dialogico e concertativo.

Spesso però lo svelamento avviene in modo differenziato tra i membri della famiglia, scegliendo se e quando parlare con entrambi o con uno dei genitori, con i fratelli e con i nonni (Rosati et al., 2020). Questa dinamica di svelamenti eterogenei struttura livelli differenziati di intimità, canali privilegiati di comunicazione, perimetri interni alla famiglia di potenziali alleanze e collusioni (Imber-Black, 1993), che riflettono tuttavia specifiche necessità del sistema e richiedono attenzione e rispetto. Peter Rober propone in alternativa al concetto di "segreto familiare" quello di "selective disclosure" (Rober et al., 2012), con riferimento a "*i complessi processi coinvolti nel gestire la tensione dialettica tra condividere le informazioni e mantenerle segrete. Il concetto non si concentra solo sulla distruttività della segretezza, ma lascia spazio anche all'apprezzamento della cautela con cui i membri della famiglia affrontano le questioni familiari più delicate.*" (ibidem, p.529).

Succede che le preoccupazioni e le cautele si rivelino infondate e le reazioni si rivelino in realtà più positive del previsto. Una variabile da tenere in conto è anche la storia della famiglia, e dei suoi deuter apprendimenti

come sistema: alcune famiglie, avendo affrontato già diverse sfide alla propria identità<sup>11</sup>, possono aver sviluppato una certa flessibilità identitaria.

Quando lo svelamento, come nel caso di studio, si riferisce all'appartenenza ad una minoranza di identità sessuale, chiederà al familiare coinvolto a confrontarsi con lo stesso stigma eteronormativo (che questi lo condivida o meno), decidendo come posizionarsi in merito. Tale posizionamento potrà accompagnarsi a sentimenti di preoccupazione, paura, vergogna, rabbia, etc., per sé e per l'altro.

Risulta quindi molto comune, nelle famiglie eteronormative, una risposta da parte dei familiari di evitamento del problema, in cui si nega l'informazione ricevuta, che dal punto di vista della teoria della comunicazione costituisce una *disconferma*. Questo può avvenire in due modi: facendo finta di nulla, tramite un diniego (“*questa tua parte non esiste, quando mi dici di essere così tu non esisti*”), oppure rifiutando l'informazione, tramite una negazione (“*ti sbagli, non sei chi credi di essere*”).

Altrettanto comune, purtroppo, è anche il *rifiuto* del familiare da parte della famiglia eteronormativa, che va dalla cacciata di casa, ai trattamenti coercitivi, alla violenza fisica, fino all'omicidio.

In particolare, più il sistema di pensiero della famiglia è improntato ad una premessa eteronormativa, più comporterà una condanna e una svalutazione delle variazioni e, di fronte ad una sua violazione, tale svalutazione coinvolgerà di riflesso l'intero nucleo familiare, spingendo i membri della famiglia a reagire per recuperare il proprio valore: prendendo le distanze, provando a rimediare al proprio fallimento genitoriale (per es. mandando il figlio in terapia riparativa), vittimizzandosi (costituendosi psicologicamente come chi subisce senza sua colpa), etc.

Questo significa che il processo di accettazione del familiare che fa coming out deve passare dall'elaborazione dello stigma, dal ripristino del proprio senso di valore di sé, dall'identificazione di strategie autovalidanti di gestione della nuova identità nelle relazioni con gli altri (come essere la madre o il padre, il partner o il figlio di una persona sessualmente stigmatizzata, senza sentirsi svalutati?).

Questa svalutazione riguarda sì l'ipotetico e astratto giudizio sociale eteronormativo, ma anche le implicazioni che l'identità sessuale minoritaria avrà rispetto ai valori, ai miti e paradigmi della famiglia stessa.

Non è un caso che molte ricerche, che hanno rilevato un alto tasso di ideazione e azione suicidaria tra adolescenti e adulti appartenenti a minoranze sessuali, abbiano identificato come principale fattore di rischio il rifiuto familiare e l'accoglienza familiare come importante fattore di protezione (McManama et al., 2016; Perales, Campbell, 2020; Rosati et al., 2020).

Le ricerche evidenziano anche che a fronte di un coming out sempre più precoce, la precocità dello svelamento (non solo in famiglia) risulta un fattore di rischio, presumibilmente perché la gestione dell'informazione e della dinamica emotiva che lo segue, richiede capacità comunicative e di autoregolazione emozionale più spesso associate ad una maggiore maturità (McManama et al. 2016). Nella riflessione sull'opportunità di uno svelamento, dunque, dovrebbe sempre essere tenuto conto della complessità del compito e della reale disponibilità di risorse di supporto nel contesto relazionale e della possibilità che mantenere il segreto possa essere, in certi contesti, la scelta più protettiva per il soggetto, specie se minorenni.

## 5. CONCLUSIONI

In sintesi, nel caso delle minoranze di genere e sessuali che crescono in un contesto caratterizzato da una narrazione eteronormativa, un distinguo tra Sé e identità come doppia descrizione ci permette di evidenziare la discrasia tra un'identità co-costruita sul piano condiviso (eteronormativo) e una dinamica del Sé sommersa che riduce intimità, genera sofferenza e richiede uno svelamento. Elemento chiave nell'articolarsi intersoggettivo del processo identitario, risulta il costrutto della soggettività, come nucleo generativo e creativo della costruzione del soggetto. La distinzione tra Sé e identità ci permette però anche di evidenziare come la narrazione condivisa sia alla base di un costrutto chiave, quello dell'identità familiare, che risulta impattata dal processo dello svelamento di un'identità sessuale minoritaria. Quando il coming out in un contesto eteronormativo colpisce l'identità familiare, per capire le reazioni di rifiuto dei familiari è importante accogliere il senso di (auto)invalidazione da cui questi si difendono. Un intervento di supporto in questo senso è fondamentale per contrastare i devastanti effetti del rifiuto familiare sulle minoranze LGBTQIAP+, specie

---

<sup>11</sup> Quali possono essere: separazioni, conversioni, scelte di carriera contrarie ai valori familiari (per es. militare o sacerdotale), lutti, aborti, atti criminali, etc.

durante la minore età. La scelta da parte dell'individuo di mantenere il segreto e di rimandare (o rinunciare a) lo svelamento deve essere ascoltata e considerata nella possibilità che sia (in certi contesti) la più protettiva.

## BIBLIOGRAFIA

- Bateson, G. (1972). *Steps to an Ecology of Mind: Collected Essays in Anthropology, Psychiatry, Evolution, and Epistemology*. San Francisco (CA): Chandler Pub. Co.
- Bem, S. L. (1981). "Gender schema theory: A cognitive account of sex typing". *Psychological Review*, 88(4), 354–364.
- Bion, W.R. (1962). *Apprendere dall'esperienza*. Roma: Armando.
- Bourdieu, P. (1998). *La Domination masculine*, Paris: Seuil ( tr. it. *Il dominio maschile*, 1998, Milano: Feltrinelli).
- Boss P, Greenberg J. (1984). "Family boundary ambiguity: a new variable in family stress theory". *Family Process*, 23(4), 535-546.
- Carrion, V. G., Lock, J. (1997). "The Coming Out Process: Developmental Stages for Sexual Minority Youth". *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 2(3), 369-377.
- Catalpa, J. M. et al. (2019). "Predictive validity of the genderqueer identity scale (GQI): Differences between genderqueer, transgender and cisgender sexual minority individuals". *International Journal of Transgenderism*, 20(2–3), 305–314.
- Cronen, V. E., Pearce, W. B., & Harris, L. M. (1982). "The Coordinated Management of Meaning: A Theory of Communication". In F. E. X. Dance (Ed.), *Human Communication Theory: Comparative Essays*, 61-89, New York (NY): Harper & Row.
- Elmer, E.M., van Tilburg, T. & Fokkema, T. (2022). "Minority Stress and Loneliness in a Global Sample of Sexual Minority Adults: The Roles of Social Anxiety, Social Inhibition, and Community Involvement". *Archives of Sexual Behavior*, 51, 2269–2298.
- Ferreira, A. J. (1966). "Miti familiari". *Psychiatric Research Report*, 20. Rist. in Watzlawick, P., Weakland, J. H. (eds.) (1977). *The interactional view*. New York: Norton & Co. (trad it. *La prospettiva relazionale* (1978), 47-54. Roma: Astrolabio).
- Ferrari, F. (2021). "Il diritto alla soggettività di genere: tutelare l'identità sessuale, affettiva e familiare dei minori". in Bastianoni, P. (a cura di), *Tutela, diritti e protezione dei minori. Una lettura psico-socio-giuridica*, 233-270, Parma: Ed. Junior-Bambini (Spaggiari).
- Ferrari, F. (2018). "Altre generatività: procreazione e filiazione senza sessualità". In Fruggeri, L. (Ed.) *Famiglie d'oggi. Quotidianità, processi e dinamiche psico-sociali*, 91-122, Roma (IT): Carocci.
- Ferrari, F. (2010). "Il coming out come comunicazione performativa delle identità omosessuali". *Connessioni*, 24: 53-76.
- Ferrari, F., Ciliberto, J. (2016). "Sé e identità come doppia descrizione. Uno sguardo sistemico all'individuo". *Connessioni*, 37: 63-82.
- Ferrari, F., Imperato, C. e Mancini, T. (2021). "Heteronormativity and the Justification of Gender Hierarchy: Investigating the Archival Data From 16 European Countries". *Frontiers in Psychology*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.686974>
- Fine, R. D., Olson, K. R., Gülgöz, S., Horton, R., & Gelman, S. A. (2024). "Gender essentialism predicts prejudice against gender nonconformity in two cultural contexts". *Social Development*, 33(1). <https://doi.org/10.1111/sode.12720>
- Glick, P., & Fiske, S. T. (2001). "Ambivalent sexism". *Advances in Experimental Social Psychology*, 33: 115-188.
- Helimäki, M., Laitila, A., Kumpulainen, K. (2020). "“Can I tell?” Children’s participation and positioning in a secretive atmosphere in family therapy". *Journal of Family Therapy*, 43(1): 96-123.
- Heyman, G. D.; Giles, J. W. (2006). "Gender and Psychological Essentialism". *Enfance*, 58(3): 293–310.
- Herek, G. M. (1990). "The context of anti-gay violence: Notes on cultural and psychological heterosexism". *Journal of Interpersonal Violence*, 5: 316-333.
- Imber-Black, E. (1993). "Secrets in families and family therapy: an overview". In: Imber-Black, E. (ed.) *Secrets in families and family therapy*, 3-28. New York(NY): W.W. Norton & Company.

- Kitzinger, C. (2005). "Heteronormativity in action: Reproducing the heterosexual nuclear family in afterhours medical calls". *Social Problems*, 52(4): 477-498.
- Manago, A. M., Walsh, A. S., Barsigian, L. L. (2023). "The contributions of gender identification and gender ideologies to the purposes of social media use in adolescence". *Frontiers in Psychology*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1011951>
- Martin, C. L., Ruble, D. N. (2010). "Patterns of gender development". *Annual Review of Psychology*, 61: 353-81.
- McManama O'Brien, K.H., Putney, J.M., Hebert, N.W., Falk, A.M., Aguinaldo, L.D. (2016). "Sexual and Gender Minority Youth Suicide: Understanding Subgroup Differences to Inform Interventions". *LGBT Health*, (3)4: 248-251.
- Meyer, I. H. (2003). "Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence". *Psychological Bulletin*, 129(5): 674-697.
- Myers, S. M., Booth A. (2002). "Forerunners of Change in Nontraditional Gender Ideology". *Social Psychology Quarterly*, 65(1): 18-37.
- Perales, F., Campbell, A. (2020). "Health Disparities Between Sexual Minority and Different-Sex-Attracted Adolescents: Quantifying the Intervening Role of Social Support and School Belonging". *LGBT Health*, 7(3): 146-154
- Perry, D. G., Pauletti, R. E., Cooper, P. J. (2019). "Gender identity in childhood: A review of the literature". *International Journal of Behavioral Development*, 43(4): 289-304.
- Pleck, J.H. (1995). "The Gender Role Strain Paradigm: An Update". In: Levant, R.F., Pollack, S., (Eds.), *A New Psychology of Men*, 11-32. New York (NY): Basic Books.
- Prigogine, I., Stengers, I. (1980). *La nouvelle alliance: métamorphose des sciences*. Paris (FR): Gallimard NRF.
- Reiss, D. (1981). *The family's construction of reality*. Cambridge: Harvard University Press.
- Rigliano, P., Ciliberto, J. e Ferrari, F. (2012). *Curare i gay? Oltre l'ideologia riparativa dell'omosessualità*. Milano (IT): Cortina.
- Rober, P., Walravens, G., Versteijnen, L. (2012). "“In search of a tale they can live with”: about loss, family secrets, and selective disclosure". *Journal of Marital and Family Therapy*, 38(3): 529-541.
- Rosati, F., Pistella, J., Nappa, M. R., Baiocco, R. (2020). "The Coming-Out Process in Family, Social, and Religious Contexts Among Young, Middle, and Older Italian LGBTQ+ Adults". *Frontiers in Psychology*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.617217>
- Sahlins, M. (2013). *What Kinship Is-And Is Not*. Chicago (IL): The University of Chicago Press.
- Scott, J.W. (1988). "Deconstructing Equality-versus-Difference: Or the Uses of Poststructuralist Theory for Feminism". *Feminist Studies*, 14(1): 32-50.
- Serri, F., Garau, F., De Simone, S. e Lasio, D. (2019). "Childless, childfree o lunadigas? Sulle scelte non riproduttive come sovversione del femminile". *La camera blu. Rivista di studi di genere*, 2. <https://doi.org/10.6092/1827-9198/6670>
- Shively M. G., De Cecco J. P. (1977). "Components of Sexual Identity". *Journal of Homosexuality*, 3(1): 41-48.
- Van Dijk, T. A. (1998). *Ideology: A multidisciplinary approach*. Newbury Park (CA): Sage Publications, Inc.
- Wood, D., Bruner, J. S., Ross, G., (1976). "The role of tutoring in problem solving". *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 17(2): 89-100.



## Clinica sistemica e frammentazione dei contesti

### *Cura dei legami e nuove complessità*

16-17 maggio 2025

Sala Congressi Iseo Lago Hotel | Via Colombera, 2 – 25049 Iseo (BS)

La SIRTS, in occasione dei suoi 40 anni, vuole promuovere una riflessione sul ruolo della clinica sistemica nel favorire connessioni e cura di legami, nei sistemi e tra i sistemi, nell'incontro con le coppie, le famiglie e i contesti comunitari. Come terapeuti sistemici e come cittadini di questa contemporaneità osserviamo il prevalere della frammentazione nei contesti relazionali che ci interpellano. Il lavoro nella complessità ci interroga come professionisti delle relazioni di aiuto e ci stimola ad accompagnare il cambiamento e integrare i nuovi paradigmi della mente in cornici generative di senso e di nuove aperture. Il congresso offrirà occasioni di dibattito e dialogo tra relatori e partecipanti per stimolare nuove connessioni con il contributo di tutti.

Il congresso sarà strutturato in 4 sessioni ciascuna focalizzata su un diverso ambito in cui l'approccio sistemico permette di contrastare la frammentazione:

1. Clinica sistemica contemporanea: nuovi orientamenti, dilemmi, confronti e integrazioni
2. Altri paradigmi della mente e mappe della psiche nel lavoro sistemico
3. La cura dei legami nelle coppie, nelle famiglie e nei sistemi sociali
4. Affrontare le nuove complessità nei contesti di cura

Ogni sezione prevederà invited speaker, una tavola rotonda con esponenti di diverse scuole sistemiche e le relazioni e poster proposti dai partecipanti.

Per informazioni: [segreteria@sirts.org](mailto:segreteria@sirts.org) | dott. Iva Ursini tel. 338 2575505

A conclusione del congresso i diversi contributi saranno accolti su un numero dedicato dei Quaderni SIRTS.

Pubblicazione del programma definitivo: 15/12/2024

### Location

La sede del congresso, in presenza, accreditato ECM, sarà il Centro Congressi dell'Hotel Iseo lago, in Via Colombera, 2 a Iseo, nella splendida cornice della Franciacorta, a due passi dal lago e dalla riserva naturale Torbiere del Sebino.

La SIRTS ha concordato con l'Hotel una tariffa preferenziale per i partecipanti (menzionare congresso SIRTS) che prenoteranno entro il 31/01/2025 fino a esaurimento delle disponibilità.

**Partecipazione gratuita per soci SIRTS in regola con le quote associative 2024/2025, con invio di scheda d'iscrizione.**

QUOTE DI ISCRIZIONE	Standard (ive incluse)	Studenti e specializzandi	EFTA, HESTAFTA, SIPPR, ENPAP
Entro il 31 gennaio:	180€	70€	150€
Entro il 28 febbraio:	200€	70€	180€
Fino ad esaurimento posti:	220€	100€	200€

**16 maggio**



Mauro Ceruti



Carlos Sluzki



Myriam Cassen

**Invited Speakers**



**17 maggio**



R. Neuberger



F. Gutierrez



Mia Kurti

Più info su: <https://www.sirts.org/eventi/prossimo-congresso>