

FrancoAngeli

Collana diretta da Vittorio Cigoli ed Eugenia Scabini

PSICOLOGIA SOCIALE E PSICOTERAPIA DELLA FAMIGLIA

Caterina Arcidiacono,
Gabriella Ferrari Bravo

Legami resistenti

La clinica familiare
nel contesto istituzionale

Introduzione di Vittorio Cigoli



Collana di psicologia sociale e psicoterapia della famiglia, diretta da Vittorio Cigoli ed Eugenia Scabini

Gli psicologi sociali che studiano i piccoli gruppi stanno oggi spostando sempre più la loro attenzione dall'analisi di gruppi artificiali, condotta quindi in laboratorio, all'analisi dei gruppi cosiddetti "naturali" o reali nel tentativo di realizzare una vera ricerca sul campo che possa fornire alle urgenti quanto concrete problematiche sociali un supporto scientifico costruito con rigorose metodologie. Le riflessioni e le ricerche condotte sul gruppo familiare rappresentano il corpus più ricco, fervido e consistente in questa direzione, tanto da costituire ormai un vero e proprio settore con dignità di disciplina autonoma denominato "psicologia sociale della famiglia".

La collana si propone di rendere noti i risultati più salienti, gli sviluppi dei quadri concettuali e le novità di intervento terapeutico che man mano vengono ottenuti in questo campo. Entrano nel suo ambito sia le ricerche sull'interazione familiare sia quelle relative alle varie fasi dello sviluppo della famiglia ("ciclo di vita") che coinvolgono i bisogni di stabilità e quelli di trasformazione del sistema stesso. La terapia, in questo contesto, risulta essere un modo, non solo di intervenire, ma anche di comprendere le relazioni familiari: da essa, dunque, possono emergere utili indicazioni di ricerca. La collana si rivolge ai ricercatori, studiosi di discipline psicologiche e, più in generale, a cultori di scienze umane e sociali direttamente interessati alle problematiche familiari; è diretta infine agli operatori, amministratori e responsabili dei vari servizi che trattano con la famiglia.

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: www.francoangeli.it e iscriversi nella home page al servizio "Informatemi" per ricevere via e.mail le segnalazioni delle novità.

Caterina Arcidiacono,
Gabriella Ferrari Bravo

Legami resistenti

La clinica familiare
nel contesto istituzionale

Introduzione di Vittorio Cigoli

FrancoAngeli

PSICOLOGIA SOCIALE E PSICOTERAPIA DELLA FAMIGLIA

Copyright © 2009 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.
L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito www.francoangeli.it.

INDICE

Premessa	pag.	7
Introduzione. Il lavoro clinico “al limite” e il suo nocciolo, di <i>Vittorio Cigoli</i>	»	11
1. Il luogo delle storie	»	19
I numeri e la legislazione	»	21
La risposta dei servizi di fronte al conflitto familiare	»	23
Per una psicologia clinica di comunità	»	25
2. Il modello “sarcitura” e l’invio regolamentato	»	32
Rattoppi, sarcitura e tessitura	»	32
L’invio regolamentato	»	35
Il paradosso: regolamentazione dell’invio e adesione spontanea	»	38
La presa in carico	»	39
Urgenza ed emergenza	»	42
Condizioni dell’intervento	»	47
3. Il diritto di visita e la mediazione in situazione di crisi	»	49
Il diritto di visita e lo spazio neutro	»	49
Protezione e negoziazione	»	52
La mediazione in ambito istituzionale	»	56
Una trama variegata: operatori, committenza e utenza	»	59
Linee guida: spostare il focus dal “negativo”	»	60
La ricerca di soluzioni	»	63
4. La clinica dell’accoglienza: l’accettazione e oltre	»	67
“Short stories” I	»	70
Considerazioni di carattere metodologico	»	75
“Short stories” II	»	77
Indicatori di rischio e strategie di presa in carico	»	84
In margine alle storie	»	87

5. Setting e famiglie ricomposte. <i>“Lia e Rachele versus Rebecca”</i> , di <i>Gabriella Ferrari Bravo, Francesca Laccetti e Roberta Calvo</i>	pag.	90
6. Violenza familiare. <i>“Hai preso il miele, ora prenditi il fielle”</i> , di <i>Caterina Arcidiacono e Gabriella Ferrari Bravo</i>	»	106
7. Stili terapeutici nello spazio neutro. <i>“Tommi, tra sogni e incubi di bigenitorialità”</i> , di <i>Giusi Fioretti, Macario Principe e Caterina Arcidiacono</i>	»	120
8. Il generazionale in mediazione e nella clinica. <i>“Fratelli separati”</i> , di <i>Gaetano Morrone, Annibale Vitiello e Caterina Arcidiacono</i>	»	134
9. Attraverso le generazioni. <i>“Lo strano caso della tombola siciliana”</i> , di <i>Giusi Fioretti, Gaetano Morrone e Caterina Arcidiacono</i>	»	148
10. Una Sindrome da alienazione genitoriale? <i>“Il divorzio e la cultura della sceneggiata”</i> , di <i>Marina Casale e Gabriella Ferrari Bravo</i>	»	165
11. Nodi di Gordio nei legami familiari. <i>“Tutti insieme, appassionatamente...”</i> , di <i>Angela D’Addio, Gaetano Morrone, Clara Varriale e Gabriella Ferrari Bravo</i>	»	178
12. La clinica nel modello “sarcitura”	»	190
Costruire una cornice sicura	»	190
Il percorso come cornice	»	193
La cornice come luogo della “pensabilità”	»	197
Il simbolico generazionale	»	199
La dimensione fraterna	»	200
13. Comunicazione, relazioni e diagnosi	»	205
Il gioco e il disegno infantile	»	205
Il genogramma	»	207
14. La “sarcitura” come metodo	»	212
La pensabilità dei legami	»	213
L’intervento	»	215
La definizione	»	217
Riprendere i fili	»	220
Appendice	»	226
Bibliografia	»	229
Ringraziamenti	»	234

PREMESSA

Perché è ancora nuovo e attuale occuparsi di legami? È attuale perché i legami familiari risentono degli assetti sociali e relazionali e s'inscrivono in un complesso scenario che attraversa le generazioni, influenzato a sua volta dal modificarsi degli stili di vita, delle norme che regolano le relazioni interpersonali, dei saperi e delle tecnologie. Nelle trasformazioni dei contesti, gli affetti – il prendersi cura di sé e delle persone care – si modulano in una cornice sempre più ampia e in mutamento. Anche le competenze degli *esperti* richiedono una costante rivisitazione perché i cambiamenti non avvengono secondo un modello lineare consequenziale. I diversi attori sociali sperimentano nuovi problemi connessi a inedite forme di relazione e le aspettative reciproche, all'interno della coppia e tra genitori e figli, sono anch'esse cambiate.

Da anni la letteratura scientifica parla del sostanziale mutamento della famiglia. Nel paese in cui i divorzi e le separazioni sono in crescita costante da almeno un decennio, il mutamento riguarda innanzitutto l'ampliarsi dei margini di libertà individuali. Le trame familiari allargano le maglie, questo è il fatto "nuovo". L'elemento emergente non è tanto la trasformazione del rapporto di coppia o tra generazioni, quanto piuttosto il modo diverso di vivere il familiare, nei molteplici modi in cui si organizza, sulla base di una diversa cultura delle relazioni. Sul piano della risposta d'aiuto, ciò non è ancora pienamente compreso.

"Il familiare" si muove. Ma capita anche che lo faccia con passi pesanti e incerti che hanno bisogno di appoggio, per mantenere l'equilibrio. Il corpo sociale, attraverso le sue istituzioni rappresentative e di governo, stenta a metabolizzare i cambiamenti e resta ancorato a un sistema normativo che, ad esempio, non riconosce diritti pieni alle unioni di fatto come a una delle forme in cui si può "fare famiglia". È quindi ancora necessario raccontarne i modi, perché i modelli sono tanti e diversi tra loro.

Se le relazioni affettive si connotano per una sorta di deregulation in cui la confusione è sovrana, è necessario un nuovo apprendimento rispetto ai

compiti di cura, sia per gli uomini sia per le donne. Nelle famiglie alle prese con lutti, traumi o eventi disgreganti questo apprendimento costituisce un'urgenza ineludibile. Per quanto concerne il *discorso famiglia* – il linguaggio, la trama, il racconto – questo volume intende affrontare il modo in cui le famiglie stesse si presentano, cosa chiedono alla clinica, come interpellano le competenze, al di là dell'obiettivo della cura occasionale dei sintomi di disagio, chiamandole a un lavoro comune di “sarcitura” dei legami interpersonali e di comunità.

Assumere la responsabilità soggettiva del processo di cura nei servizi pubblici rappresenta un ribaltamento del punto di vista corrente, secondo il quale il professionista semplicemente *abita* lo spazio del servizio, avvalorando di fatto una pratica organizzativa della cura di tipo prestazionale e privatistico. Affermare che *i servizi siamo noi* è il primo, indispensabile passo verso una speculare, effettiva competenza del soggetto che si rivolge al sistema sociosanitario – persona, famiglia o gruppo – verso l'obiettivo della “cittadinanza attiva” di cui tanto si parla.

Il “lavoro di cura” ha bisogno di una cornice che includa la descrizione e la valutazione delle premesse metodologiche e dei risultati delle attività. Esso implica e richiede in chi l'ha scelto, un atteggiamento mentale fiducioso nel cambiamento e sostanzialmente ottimista.

È anche vero, però, che scrivere sui servizi – la loro esistenza e il loro perdurare – assume talvolta, nella nostra come in altre città, l'andamento di un racconto borgesiano. Chi lavora oggi con le famiglie sperimenta questa strana condizione: i servizi, non c'è dubbio, esistono così come esistono le famiglie che intrecciano con essi i loro percorsi di vita, in momenti particolarmente critici; ma l'attenzione delle istituzioni e degli enti alla qualità e alla quantità di lavoro che vi si svolge è a dir poco tiepida. Riferirsi ai servizi, quindi, non è sufficiente per essere sicuri della loro esistenza, esattamente come non possiamo essere sicuri che esista Uqbar – città del pianeta Tlön. In uno dei suoi scritti più visionari, Borges sembra rivolgersi a noi: “*Le cose, su Tlön, si duplicano; ma tendono anche a cancellarsi e a perdere i dettagli quando la gente le dimentichi. È classico l'esempio di un'antica soglia, che perdurò finché un mendicante venne a visitarla, e che alla morte di colui fu perduta di vista. Talvolta pochi uccelli, un cavallo, salvarono le rovine di un anfiteatro*” (Borges, Finzioni, p. 22).

Chi svolge un lavoro di clinica familiare nei servizi si sente, a volte, come il mendicante di Borges; né, malgrado la buona volontà, può con la sola presenza, salvare i luoghi che abita.

In Italia, a Napoli in particolare, molti servizi – incluso il CPF – vedono oggi ridursi risorse, personale e spazi, il che rende il lavoro sempre più difficile e soprattutto meno efficace. Cresce, contestualmente e costantemen-

te, il numero di bambini e ragazzi ospiti di comunità-alloggio gestite dal terzo settore. Esse a volte rappresentano delle oasi di caring intelligente, a volte ricordano da vicino i vecchi istituti, miseramente governati; ma anche il terzo settore attraversa d'altra parte una grave crisi. E questo è ancora più grave dal momento che tutte le ricerche mettono in luce, da decenni, la stretta correlazione tra l'impoverimento dei servizi sociosanitari territoriali e l'aumento del ricorso a forme d'istituzionalizzazione "strisciante", ben supportata dalla scarsa diffusione di altri istituti giuridici, come l'affido familiare temporaneo, o di misure stabili di sostegno alla famiglia. La carenza di risorse, di personale, di spazi per servizi alla famiglia non è tuttavia avvertita, se non in occasione di eventi drammatici, come vera e propria *emergenza sociale*: quasi che queste "famiglie a perdere" possano, un giorno, essere oggetto di un decreto di smaltimento coatto, come nel caso recente dei rifiuti urbani.

L'esperienza del Centro per le famiglie di Napoli (CPF), servizio integrato dell'Azienda Sanitaria Locale Napoli 1-Centro e del Comune, ha proposto linee guida sia per l'organizzazione della risposta istituzionale all'alta problematicità familiare sia per il suo trattamento, elaborando un paradigma specifico che consente di adattare le strategie dell'intervento clinico al contesto del servizio pubblico e alla domanda in materia familiare. La caratteristica distintiva del CPF è nel collocarsi sullo snodo tra un bisogno individuale e una risposta di servizio, nell'intreccio tra richiesta istituzionale, anche giudiziaria, e domanda spontanea dell'utenza. L'interesse che tali pratiche suscitano è documentato da iniziative di studio e formazione degli operatori e da numerose pubblicazioni specialistiche. A distanza di tredici anni dall'istituzione del servizio, oggi il nostro obiettivo è riflettere sui punti di forza e le premesse teoriche che hanno animato e consolidato l'esperienza, per valutare e rilanciare l'intervento realizzato attraverso uno sguardo temporale prospettico sui percorsi narrati.

Le storie cliniche che abbiamo scelto di presentare, redatte in collaborazione con gli psicologi e assistenti sociali che hanno seguito i percorsi di cura, sono integrate da commenti sui temi di carattere generale diversamente affrontati e declinati. Esse permettono di comprendere come le competenze di base delle singole professionalità s'iscrivano in precisi protocolli d'intervento: come si configuri la presa in carico nei casi di alta conflittualità familiare; quali siano le procedure con cui è accolta la richiesta spontanea o dell'autorità giudiziaria e quali le specifiche forme d'intervento attraverso il modello che abbiamo sviluppato, denominato *sarcitura*.

In particolare abbiamo analizzato come si declini *l'organizzazione del setting terapeutico* e l'articolazione delle sedute quando la domanda è espressa dai servizi e dall'autorità giudiziaria, oltre che nei casi di richiesta spontanea. La *psicoterapia*, il *trattamento clinico*, la mediazione, *l'intervento in spazio protetto* per gli incontri genitori-figli con invio regolamen-

tato sono qui trattati come un know-how distintivo e peculiare di psicoterapeuti e assistenti sociali che si cimentano con il trattamento delle famiglie – siano esse costituite da genitori sposati, conviventi, separati o divorziati – dove i problemi hanno raggiunto un alto diapason di gravità. La parte conclusiva del volume rimanda al senso generale del costrutto di clinica familiare nei servizi, riflettendo, in una prospettiva *bottom up*, sui suoi elementi teorici portanti e sulla particolarità del gruppo che ha realizzato l'esperienza.

Obiettivo del nostro lavoro è contribuire alla creazione d'istituti generatori di benessere, a partire dalla valorizzazione e dall'attenzione alle relazioni familiari, intesi come luogo della cura, delle scelte e del cambiamento. Siamo riconoscenti alle famiglie che hanno attraversato e arricchito il CPF e a tutti quelli che vi hanno collaborato. Siamo grati, in particolare, a Macario Principe che ha lavorato con noi nel tenere testa ai legami e al conflitto, anche attraverso la forza positiva dell'oblio.

Vogliamo soffermarci su quest'ultima parola: l'esperienza con le famiglie segnate da un evento traumatico richiede infatti di rivisitare, in opposizione a quello di rimozione, il costrutto di oblio. Un lavoro mentale che richiede scelte, atteggiamenti e tempi adeguati, sia da parte dei professionisti sia da parte delle famiglie. Esso può essere intrapreso solo rinunciando, ogni volta che ve ne sia la possibilità, a rompere la cornice del quadro familiare, il legame, fino a quando le immagini sulla tela – le relazioni affettive – non siano state riorganizzate, esprimendosi in un nuovo disegno. La rimozione e la cancellazione, vale a dire la rottura traumatica, senza riparazione, come il taglio di nodi gordiani inestricabili, produce infatti un vuoto di legame e la conseguente assenza di confini certi e sicuri: i soli entro i quali le relazioni possono tornare a declinarsi come elementi costitutivi della storia, del patrimonio familiare e personale, una volta superato il dolore.

C.A. e G.F.B.

INTRODUZIONE. IL LAVORO CLINICO “AL LIMITE” E IL SUO NOCCIOLO*

di Vittorio Cigoli

La “selva”, l’“ager” e la “marca”

Al Centro per le Famiglie di Napoli mi legano molte amicizie e un comune lavoro di riflessione sull’incontro tra vicende familiari nei pressi del tragico, anche se non mancano aspetti comici e servizi di cura. Nel testo si parla di “servizio per le famiglie senza etichette” ed è proprio questa dicitura che merita un approfondimento.

Ora, Caterina Arcidiacono e Gabriella Ferrari Bravo, e con loro l’equipe del Centro, riprendono il filo della ricerca clinica di Stefano Cirillo (1989, 2005) e di chi scrive (1988, 1997, 1998, 2006, 2009) sulla possibilità concreta di fare cura relazionale anche in situazioni di invio obbligato, là dove non c’è l’espressione di scelta e decisione da parte di persone, coppie, famiglie. L’equipe del Centro è andata aldilà di questi contributi proprio perché ha messo a tema l’*invio regolamentato* in tutte le sue varie forme.

Ma cos’è che ha permesso l’accettazione di un rischio simile? Direi due risorse: la ricerca continua e inesausta di spazio clinico e il ricorso al “meticciato culturale”.

Per comprendere la prima risorsa possiamo rifarci alla differenza tra “selva” e “ager”. Si tratta pur sempre di habitat umano, ma il modo di viverlo fin dai tempi di Roma, e ancor più nel Medioevo, è assai diverso. La “selva” è il luogo dell’incolto; lo spazio pericoloso dove vivono le fiere e dove si scatenano all’improvviso le forze della natura. L’“ager” è il luogo addomesticato dell’uomo; là dove la natura si è fatta coltura e cultura.

D’altra parte la “selva” è anche lo spazio dell’avventura rischiosa (vitale e mortale) e l’“ager” può essere lo spazio di una normalità senza passione (faticosa e noiosa).

* Dedicato a Macario Principe ed alla sua passione per il setting nelle sue forme istituite e istituenti.

Ora la clinica al limite deve sapersi muovere tra “selva” e “ager”; ma come? Strappando uno spazio intermedio, o, se si vuole, di passaggio tra l’uno e l’altro habitat. Le autrici parlano in proposito di vincoli ben definiti (l’invio regolamentato da parte del Tribunale e dei Servizi) e di strategie di accesso al servizio a bassa soglia, il che significa accettare “quel che passa il convento”, cioè la vita così com’è e non come dovrebbe essere.

È la vita della famiglia e dei legami che la riguardano dentro cui si gioca in gran parte il destino dei singoli che non a caso sono suoi membri. È solo strappando e difendendo uno spazio sul confine, una “marca”, una “terra di mezzo” che è possibile il lavoro clinico, cioè di cura dei legami. Potremmo anche dire che buona parte del lavoro clinico consiste proprio nel prendersi cura dell’“area franca”, che è ben più di una mera cornice¹. Senza di essa non è infatti possibile compiere l’esplorazione avventurosa dei legami e da una parte (i famigliari) e dall’altra (i curanti).

Il fatto è che il pericolo non è affatto rappresentato solo dalle famiglie e dalle loro dinamiche violente, abbandoniche, incestuose, disperanti, delinquenziali. L’attacco, infatti, viene anche sia dal mondo della giustizia, di frequente il “muto interlocutore” e il “rigido prescrittore” come efficacemente viene detto nel testo, sia dal mondo dei servizi sociali.

Purtroppo l’epistemologia sistemica non ha inciso in modo rilevante sulla logica dei sistemi assistenziali; sistemi di frequente ad “alto dispendio di energia” e “basso livello di efficacia” i cui sintomi sono l’inerzia e il diniego della responsabilità. È questo il risultato del potere attribuito dalla politica a burocrazie dallo scarso pensiero progettuale e caratterizzate dal bisogno ossessivo di controllo. Cumuli di leggi e normative, divisioni di competenze e di ambiti (con diagnosi e relativi interventi “ortopedici”) ledono gravemente il rapporto tra famiglie e servizi di cura. È però anche il risultato della scarsa attenzione alla specificità della formazione clinica di coloro che operano nei servizi pubblici e del privato sociale².

Questo è dunque il contesto e a nulla vale la “politica del lamento”³. Vale piuttosto riconoscere le (poche) risorse esistenti, attribuire e assumere la titolarità (responsabilità) dell’azione clinica e cercare di attrarre verso la pensabilità dei legami e delle dinamiche familiari tanti più interlocutori possibili.

1. Le autrici si spingono ancora più in là riconoscendo la presenza del “temenos”, cioè del recinto che è un tutt’uno con lo spazio sacrale.

2. Per quanto gran parte di coloro che frequentano le Scuole di Psicoterapia sono destinati a lavorare nel “pubblico”, il loro iter formativo è focalizzato su una concezione “privata” della clinica.

3. Fa parte del contesto anche l’habitat precario, a sua volta “al limite”, in cui opera il Centro. È facile trovare una buona dose di confusione che però si “autoorganizza” non appena entrano in scena i famigliari.

A questo punto possiamo introdurre la seconda risorsa: il meticcio di culture clinico-psicoterapeutiche. Al centro si sono incontrati psicoanalisti e psicoterapeuti sistemici di vari indirizzi, così come varie professionalità. Ciò che ha legato le differenze è l'“oggetto comune”, vale a dire la passione per il setting nel contesto istituzionale, così come per le storie di vita familiare con i “personaggi” che le vivono, le soffrono e fanno soffrire gli altri.

Quando si fa lavoro clinico “al limite” più che teorie e metodi sicuri, contano la disponibilità ad ascoltare l'altro, costruire e condividere ipotesi di lavoro e cercare con pervicacia la “strada che cura”.

Ora, che realtà familiari incontra il “gruppo-miccio” del Centro? Potremmo rispondere quelle complesse, multiproblematiche e così via; queste però sono definizioni astratte non in grado di cogliere le prove a cui le famiglie sono esposte e i dolori che le attraversano. Si tratta di prove e dolori che vengono da lontano e che possono essere stati sotterrati, di violenze fisiche, abusi e maltrattamenti che hanno lasciato un segno “per sempre”, di ingiustizie e imbrogli non riparati.

Tutto questo va però inquadrato entro filosofie di vita che funzionano da organizzatori psichici⁴. Se non si entra in tali filosofie, non è possibile mettersi in una posizione di ascolto e sollecitare poi la riflessione dei famigliari.

Ora è proprio in queste storie e vicende di vita familiare che i clinici del Centro mettono le mani. È come metterle dentro l'alveare, il che comporta saperci fare, vale a dire accettare il rischio allo scopo di estrarre il miele.

Invito in proposito a leggere i casi presentati nel testo sia per calarsi in queste realtà di vita, sia per estrarre, a nostra volta, il “succo clinico”.

Bassa soglia di accessibilità, alta competenza clinica, lavoro in rete

Se cerchiamo di cogliere il *nocciolo* del lavoro clinico presso il Centro per le Famiglie ritroviamo le tre direttive sopra riportate. A loro volta, come dirò poi, esse sono attraversate da un'anima specifica.

Comincerò allora dall'ultima direttiva: *lavorare in rete*. Siccome si tratta di uno scopo e di una tensione ideale occorre che il servizio conosca le trappole e resista allo scorrere del tempo. Le trappole sono quelle già sopra segnalate e a cui sono da aggiungere le insidie dell'invidia tra i servizi e la presenza di conflitti interpersonali che non di rado si trascinano per lunghi anni. In breve, lo scoramento, il pensiero dell'abbandono del campo e, ancor più, la tentazione di dividersi fanno parte dell'impresa e della sua dina-

4. Va ricordato che quella napoletana è una vera e propria *cultura* al cui fondo si agitano contemporaneamente l'anima tragica e quella comica.

mica⁵. I gruppi di lavoro, specie se operano nel pubblico (compreso il privato sociale), sono particolarmente esposti al disincanto e alla frantumazione di fronte all'angoscia.

Ciò che fa da risorsa è il sedimento identitario e il sentimento di poter gestire il tempo. Il *sedimento identitario* proviene dal sentire di avere un progetto valido: è dunque rivolto in avanti ("proicere"), anche se viene da ciò che è stato fatto. Il *sentimento di poter gestire il tempo* deriva dalla continuità dello sforzo di negoziare a molteplici livelli che, come abbiamo visto, non riguarda affatto solo il rapporto con i familiari, ma anche quello con il Tribunale e gli altri servizi⁶. Si tratta dunque di un antidoto al logorio che il tempo comunque comporta. In sintesi, lavorare in rete è allo stesso tempo una necessità e una sfida logorante che abbisogna di risorse specifiche.

Veniamo allora all'altra direttiva: l'*alta competenza clinica*. Da dove viene? Innanzitutto dall'iter formativo, ma anche dal lavoro in diretta, e per molti anni, con le famiglie. Nel testo il metodo è chiaramente definito: si tratta della "sarcitura". È un lavoro di fino, simile al ricamo; ma mentre il ricamo aggiunge valore, la sarcitura ripara e riassetta senza che tale lavoro sia visibile, se non "ad occhi esperti". Chi di noi ha vissuto tempi di povertà dignitosa sa bene di cosa si tratta, cioè di quanto amore per le persone di famiglia è necessario avere. Pazienza e gusto nel fare la cosa giusta sono infatti i due capisaldi della sarcitura.

D'altra parte è nell'etimo stesso della parola il riferimento al carico, al peso, al fardello. Ecco allora di cosa occuparsi: di trame familiari contorte, bucate, bacate, sfilacciate. Le autrici ci parlano insomma di una visione clinica familiare che è improntata al mondo (e alla teoria) dei legami. Qui la relazione familiare non viene misurata sulla base di costrutti quali la coesione, la flessibilità, la comunicazione efficace, la soluzione di problemi e così via. Viene invece misurata sulla possibilità e disponibilità dei suoi membri a ridare linfa e vigore alla trama familiare.

Ma come? Riconsiderando lutti non elaborati, rivedendo traumi negati, aprendosi al dolore delle vergogne segrete e delle indegnità, rivisitando i tradimenti agiti e subiti. Tutto questo, però, non sarebbe possibile senza una visione clinica attraversata dalla fiducia e dalla speranza nei legami. Sono questi i fari luminosi che guidano alla ricerca delle risorse (non mere "resilienze" individuali) siano esse già presenti nella storia di vita familiare e "non visibili", oppure da promuovere attraverso lo scambio tra famiglia e operatori clinici.

5. Se pensiamo in termini *transferali* si tratta di sentimenti e azioni presenti nelle storie familiari.

6. Il Centro per le Famiglie di Napoli ha da tempo compiuto i dieci anni di vita.

Nel mio lavoro di ricerca sul “famigliare” ho insistito su due capisaldi di pensiero: il dramma della differenza (di genere, generazione, stirpe) e la presenza di una matrice simbolica delle relazioni. È come se così trattassimo l’*anima* delle relazioni familiari aldilà delle differenze culturali.

Avere una concezione drammatica (da “dran”, azione) significa attribuire e riconoscere valore al mondo delle azioni che i membri familiari compiono, od omettono di compiere, con i sentimenti relativi che muovono. Tali azioni hanno potere benefico o malefico sullo scambio tra generi, generazioni e stirpi⁷. Nel “mix” tra bene e male, tipico della concezione drammatica, può accadere che si apra il precipizio verso il male relazionale, cioè verso la tragedia familiare.

È proprio qui che è possibile vedere la differenza di impostazione clinica. C’è infatti chi stabilisce i criteri, soprattutto di male, e interviene nel mondo dei legami familiari per dividere, allontanare, reprimere, condannare e chi invece intende conservare i legami ritenendoli comunque la base biologico-psichico-culturale della persona.

Eccoci così giunti al terzo punto del nocciolo della clinica attuata presso il Centro per le Famiglie: la *bassa soglia di accessibilità*. Sotto tale astrazione vi è il pensiero degli autori e dell’equipe che occorre cercare di “vedere oltre l’opacità del campo familiare”, ridando vigore alla “tessitura genealogica”. Ciò è possibile se si elaborano le perdite e i lutti e se si rilancia, seppur con esili trame, la fiducia e la speranza nelle relazioni.

Quando Caterina Arcidiacono e Gabriella Ferrari Bravo dicono che l’intervento dell’equipe è “tarato sulla normalità”, che mira all’ “empowerment delle risorse genitoriali e interpersonali”, che “non si fa nulla contro la famiglia e non si recidono i legami”, che “non si etichetta, ma si accoglie la famiglia così com’è”, che “i familiari si incontrano tra loro attraverso il servizio”, esse ci illuminano sulla *base storico-simbolica* che fonda l’azione clinica⁸.

Quanto la psicologia familiare abbia in odio la storia è evidente dai costrutti utilizzati per la ricerca psicosociale e clinica. Occorrerà, una buona volta, riconoscere la profonda differenza tra un approccio nei confronti delle famiglie che nega valore alla storia in nome di invarianti tarate sull’efficienza (di comunicazione, di problem solving, di modelli di attaccamento, di adattamento al ciclo di vita e così via) ed un approccio che ne fa la base del discorso clinico.

7. Le azioni cruciali del “generazionale” consistono nel *trasmettere* (eredità, legame con le origini), nel *tramandare* (procedere aldilà della morte dei suoi membri, nominare i nuovi nati) e nel *trasgredire* (immettere il nuovo, rinnovare le origini e la storia).

8. Con una efficace metafora le autrici ci fanno comprendere la differenza cruciale tra servizi clinico-sociali il cui compito è quello di “fare le esequie della famiglia” e servizi clinici che incontrano la vita delle famiglie così com’è e cercano di aprire spiragli di trasformazione relazionale.

Tale approccio condivide con il pensiero psicoanalitico l'ipotesi della presenza dell'*inconscio generazionale* che però non è considerato solo come un "deposito o un sedimento" di male, ma come un "mix" di vincoli ed opportunità per il mondo dei legami. Di qui la necessità di farlo emergere anche attraverso l'uso di vari strumenti quali il "genogramma", lo "spazio di vita familiare", la costruzione del "romanzo familiare", il "disegno congiunto" e così via.

Veniamo infine a considerare la base simbolica. Come ho avuto modo di dire si tratta della corrente sotterranea (carsica) dei legami familiari. Qui il "simbolico" è inteso nel senso di "ciò che unisce e connette"; si tratta di sentimenti, al contempo *valori*, nel senso di ciò che vale nello scambio nelle famiglie e tra gli uomini, che hanno nomi precisi: *fiducia, speranza, giustizia*.

Ora, sono proprio questi sentimenti-valori che le autrici e l'equipe di Napoli incarnano nel loro lavoro clinico. Né potrebbe essere altrimenti: come fare a reggere la disperazione e la profonda sfiducia che hanno attanagliato i legami familiari e li hanno resi "resistenti" a qualsiasi trasformazione se non si ha *comunque* fiducia e speranza nell'altro? Come fare a controbattere l'ingiustizia se non si sollecita, anche delicatamente, l'opportunità dell'atto equo?

L'atto equo, ci ricorda Aristotele, è quello che rimette ordine nelle relazioni. Ovviamente la titolarità dell'atto è a carico dei familiari; nessuno infatti può assumersi "in toto" la responsabilità dell'altro.

Ciò che noi vediamo nello scambio tra generi, generazioni, stirpi, ma anche nello scambio tra famiglia e comunità di appartenenza, sono i segni della caduta, anche verticale, della fiducia, della speranza e della giustizia; il *triangolo sacro* della relazione familiare. I segni prendono i nomi di cui abbiamo già trattato: violenza, abuso, indifferenza, misconoscimento, tradimento e così via. Così, contenere, proteggere, sostenere, negoziare sono tutte azioni cliniche improntate a dissodare il terreno perché fiducia, speranza, giustizia riacquistino spazio e valore. Potremmo dire che la fiducia va meritata, la speranza va rilanciata e l'equità va attuata.

Occorre allora distinguere tra la "neutralità" nei confronti dei membri familiari⁹ e la disponibilità faticosa di farsi carico temporaneamente per l'altro (lo scambio tra generi, generazioni, stirpi) dei sentimenti-valori di cui abbiamo parlato.

In conclusione desidero fare un'annotazione di teoria e di formazione clinica. Attraverso la visione familiare noi *riduciamo* l'attribuzione di valore al teatro interiore della persona sia che tale "teatro" sia concepito in

9. La *neutralità* è l'ascolto e il rispetto delle ragioni e dei dolori di ciascuno. Anche l'Intervista Clinica Generazionale (Cigoli, Tamanza, 2009) segue lo stesso principio. Essa è stata pensata proprio per il lavoro clinico nei servizi a partire dall'implicazione della coppia genitoriale.

termini psicoanalitici, cognitivi, o gestaltico-umanistici. Tale riduzione, però, non è affatto un diniego del valore della persona, quanto il riconoscimento del suo limite. La persona infatti è sempre debitrice al “noi” grup-pale e alla dinamica generazionale, così come al tempo storico e al conte-sto geografico in cui avviene la sua crescita. Ne viene, così, che occorre dedicarsi all’iter formativo di coloro che intendono occuparsi di “clinica al limite”, lavoro tipico dei servizi.

Per farlo occorre che la formazione comprenda un’attenta considerazione di leggi e normative e di storia dei servizi clinico-sociali, la presa in considerazione di progetti che coinvolgano più servizi (creare reti e gestire i conflitti interpersonali e di potere) e la sensibilità nei confronti di setting mobili, nel senso che i clinici devono potersi e sapersi muovere, al biso-gno, tra contesti familiari, gruppali, di coppia e individuali. Se alcuni set-ting sono istituiti altri sono da istituire. A questo aiuta anche una teoria dei legami che individua alcune azioni da compiere: *ricostruire, riflettere, ri-parare, rilanciare*. Vediamole sinteticamente.

Senza ricostruzione storico-affettiva non c’è la possibilità di situare i fa-miliari entro lo scambio (“catena”, “legame” generazionale). I genitori so-no figli e i figli sono connessi, in vari modi, alle stirpi e alle origini.

La riflessione, come dice il termine, è un ripiegamento su ciò che è ac-caduto e che si è vissuto. Ciò permette sia di vedere ciò che non si è potu-to guardare, ma anche di risignificare situazioni ed accadimenti.

La riparazione avviene se c’è la disponibilità a perdonare (a se stessi e all’altro), se si dà l’avvio alla riconciliazione e se si accetta e si tollera il limite di ciascuno.

Il rilancio dei legami è un’azione in genere sottovalutata dalla lettera-tura clinica; d’altra parte se non si rilancia il legame con l’altro (genitori, partner, famiglia di origine, fratelli, figli, comunità) non si rimette in mo-to il circolo virtuoso di cui abbiamo parlato e che ha a che fare con la fi-ducia, la speranza, la giustizia nello scambio¹⁰. Bene, credo che il pre-sente testo possa costituire un caposaldo della formazione nel “lavoro clinico al limite”.

Bibliografia

Cigoli V. (1998). *Psicologia della separazione e del divorzio*, Il Mulino, Bologna.
Cigoli V. (2006). *L’albero della discendenza. Clinica dei corpi familiari*, Fran-coAngeli, Milano.

10. Nel mio linguaggio, ripreso dal testo biblico, ciò significa “fare qualcosa per l’uli-vo”, una delle tre piante sacre della cultura mediterranea (e Napoli ne è il centro) insieme al grano e alla vite.

- Cigoli V., Gulotta G., Santi G. (1997). *Separazione, divorzio e affidamento dei figli. Tecniche e criteri della perizia e del trattamento*, Giuffrè, Milano.
- Cigoli V., Mombelli M. (1988). *Il legame disperante. Il divorzio come dramma di genitori e figli*, Raffaello Cortina, Milano.
- Cigoli V., Tamanza G. (2009). *L'Intervista Clinica Generazionale*, Raffaello Cortina, Milano.
- Cirillo S. (2005). *Cattivi Genitori*, Raffaello Cortina, Milano.
- Cirillo S., Di Blasio P. (1989). *La famiglia maltrattante. Diagnosi e terapia*, Raffaello Cortina, Milano.

1. IL LUOGO DELLE STORIE

Il lavoro nei servizi socio sanitari mette a contatto con il versante “noir” delle famiglie, con una pessima salsa agrodolce.

Il tema è stato sempre molto frequentato: Shakespeare mette in bocca a Otello parole terribili d’amore e di odio, mentre bacia Desdemona prima di soffocarla nel letto nuziale: “*Ancora, ancora uno, l’ultimo, nessuno ne avesti mai, di più dolce e di più mortale*”. Fulminante e definitivo il commento di Germaine Greer: “Fin da quando Otello uccise la moglie perché l’amava “troppo”, le donne sono state assassinate dall’amore, con l’amore e attraverso l’amore. [...] L’uomo che terrorizza una donna [...] che la segue ovunque vada, pensa che sia l’amore a dargli il diritto di comportarsi in questo modo. Non diversamente potrebbe dirsi che le volpi “amano” i conigli, cosa che è certamente vera” (Greer, 2000, p. 242). Le inseguono, le braccano, cercano di catturarle: se le vogliono mangiare! L’amore “può essere vissuto dall’oggetto d’amore come il coniglio vive l’esperienza d’essere amato dalla volpe”. “Come il sentimento amoroso, anche l’odio si suppone ispirato dalle qualità/non-qualità dell’altro; come l’amore è un sentimento indotto, incontrollabile, passivamente recepito” (ibidem). La vittima, Desdemona, deve dunque risarcire il suo assassino Otello per l’odio che ora suscita in lui, intenso quanto l’amore che gli ha ispirato.

Patrizia Cavalli (1992) esprime lo stesso concetto con la sinteticità della poesia: “*Ti odio perché non ti amo più, / perché non posso perdonarti / di non riuscire più ad amarti*”. Come a dire: se non t’amo più, è colpa tua, perché sei cambiato, perché non sei come pensavo tu fossi, perché non corrispondi al mio desiderio. Ti odio perché tu hai fatto in modo che io non potessi più amarti. L’amore, in queste storie disperate, sembra anche un cibo di cui non si possa fare a meno, perfino quando è velenoso. In una delle più famose canzoni di Gianna Nannini, icona rock, l’amore può essere “*un gelato al veleno*”. La duplice metafora è inquietante: amore-gelato, cioè un sentimento freddo; amore-veleno, un sentimento che intossica.