***Dott.ssa Maria Sellitti***

# ELEMENTI di PSICOLOGIA DELLO SVILUPPO.

1. ***STRUTTURAZIONE DELL’IDENTITA’.***

## Meccanismi di strutturazione dell’identità e percezione della realtà: identificazione e proiezione.

La psicologia costituisce ancora un campo non completamente esplorato né verificato, risulta fondati su basi teoretiche. D’altra parte i primi studi sulla mente umana sono recentissimi: prima di Freud (1800) regnava una concezione grossolana dell’*insania* a cui si poneva rimedio solo con la reclusione in istituto. Tutt’ora il settore è molto dinamico e costituito perlopiù di ipotesi e studi divergenti. Tuttavia è noto il processo di costruzione dell’identità e della realtà esterna nel neonato. Fin dalle primissime ore di vita e per tutta l’esistenza umana, due meccanismi mentali sistematici contribuiscono a costruire la realtà percepita (S. Freud, *L'Io e l'Es e altri scritti* n.d.). Essi sono:

* la proiezione
* l’identificazione

Il neonato, già alla nascita, presenta contenuti psichici interni che proietta all’esterno. Il feto può subire varie forme di sofferenza pre-natale, ad esempio nel caso in cui la madre subisca un trauma o un lutto mentre è in attesa e trasmetta gli ormoni dello stress e della paura al figlio chimicamente attraverso la placenta. Questo feto, alla nascita, sarà un neonato con un contenuto di base negativo (pericolo, dolore, paura). Potrà quindi proiettare all’esterno solo contenuti negativi. Ne risulterà un sentimento di identità svalutativo, auto-screditante, disfunzionale (De Weertha and Buitelaara 2005).

Successivamente il neonato si identificherà, cioè farà proprio il contenuto che egli stesso ha proiettato all’esterno, ma adattato all’ambiente su cui si è proiettato. Segue una nuova proiezione, nuova opera dell’ambiente, nuova identificazione. Si tratta di una costruzione dinamica della base del funzionamento psichico che dura per tutta la vita.

Un modello di comportamento, funzionale o disfunzionale che sia, è detto abitudine e ha basi neurologiche inconfutabili. Si tratta di un circuito (pattern) neuronale oggettivamente più sviluppato e quindi più percorribile. Seguirlo comporta un minor dispendio energetico rispetto a tutte le altre alternative: anche se è un comportamento dannoso risulta più facile da percorrere (tossicodipendenza, co-dipendenza, autolesionismo…). Un pattern consolidato non si può cancellare (Pavone 2001).

Uno dei scopi della psicoterapia è la creazione di circuiti alternativi. La psicoterapia mira ad aumentare la consapevolezza ed il riconoscimento dei propri “talloni di Achille”, ovvero i pattern che corrispondono al comportamento disfunzionale. Questo permette di sviluppare delle strategie di *coping* per evitare le ricadute.

L’identità disfunzionale viene costruita tramite peculiari cicli di proiezione ed identificazione. La psicosi, ad esempio, consiste in una massiccia proiezione di contenuti interni che diventa totalizzante e slegata dalla realtà. Se il contenuto è troppo negativo non si arriva all’identificazione quindi c’è la scissione dalla realtà (schizofrenia).

In realtà la perfetta sanità mentale è un’ utopia storica. Storicamente -in varie epoche e varie geografie si sono avute concezioni molto diverse di sanità mentale. Nonostante ciò abbiamo una distinzione tra salute e malattia, come estremi di un continuum.

Il concetto del **continuum** (Hilgard, Atkinson and Atkinson 1989) colloca la normalità e la psicosi ai due poli estremi di una linea continua che descrive tutti i gradi di comportamento, passando per tutte le forme di nevrosi più o meno gravi ed i comportamenti border-line.

## Meccanismi di difesa e adattamento.

Nella costruzione dell’identità intervengono i meccanismi di difesa/adattamento, che possono presentarsi a vari livelli di intensità (S. Freud, Introduzione alla psicanalisi ed altri scritti 1915-1917) (A. Freud 1937). Una metafora efficace per illustrare i meccanismi di difesa è quella del cambio dell’auto. Un’autovettura perfettamente funzionante su di un terreno agevole procede con andatura sostenuta in quinta marcia. Quando incontra una difficoltà deve scalare di una o più marce, comportamento corrispondente a quello caratterizzato da qualche tratto nevrotico: a fronte dello stesso dispendio energetico che usava in quinta marcia, procede più lentamente e spreca più energie. Se la persona in condizioni tali da poter usare solo la “prima marcia” l’auto si danneggia rapidamente e consuma per percorre brevi distanze.

Più il disagio è accentuato più si presentano meccanismi di difesa che ci consentono di affrontare le situazioni difficili ma consistono in sovrastrutture psichiche che affaticano l’io. Normalmente i meccanismi di difesa sono utili ma se eccedono costituiscono un rallentamento, una zavorra, una sovrastruttura. In estremo troviamo la catatonia: il soggetto schizofrenico con totale immobilità fisica.

Tipica dei meccanismi di difesa funzionali è la transitorietà. Cioè, si attivano in caso di bisogno e spariscono quando non sono più necessari: sono legati alla risoluzione del conflitto. Se però si stabilizzano e sostituiscono il comportamento funzionale, il soggetto può scivolare in uno stato patologico di tipo nevrotico, border-line o psicotico.

I livelli di funzionalità, grossolanamente e metaforicamente, possono essere considerati quattro:

* Quinta marcia di un’ipotetica auto: personalità funzionale.
* Quarta o terza marcia: nevrosi, ovvero meccanismi ad alto dispendio energetico. Causano perdita di tempo, di energia e di attenzione verso ciò che è necessario. Si tratta di un disagio intermedio e molto diffuso, che sottrae energia al lavoro ed agli affetti.
* Seconda o prima marcia: psicosi. Il cammino è minimo, lentezza estrema, alto dispendio energetico. Si tratta di persone estremamente introverse, completamente rivolte al loro mondo interiore. Non è possibile lavorare né avere relazioni: si diventa rapidamente una zavorra per la società.
* Auto ferma: psicosi gravissima. La persona è catatonica ed in totale isolamento. Fortissimo disagio.

Rimanendo nella metafora, come un auto rotta si può riparare, un atteggiamento disfunzionale può essere curato ma la dimensione temporale è estremamente importante: far passare troppo tempo significa far consolidare e strutturare i circuiti disfunzionali che si sono attivati (Pavone 2001). Questo renderebbe sempre più difficile ogni forma di terapia.

Da notare che a differenti pattern neuronali, non corrisponde una morfologia cerebrale diversa: non esistono evidenze scientifiche di eventuali differenze tra un cervello sano ed uno psicotico.

### I meccanismi di repressione e rimozione.

I meccanismi di difesa si sviluppano molto presto nella psiche del bambino. Il primo che si verifica è il binomio repressione (consapevole) e rimozione (inconsapevole). La repressione si ha quando un contenuto psichico disagevole vissuto con fastidio o disagio viene represso a livello conscio. Tipicamente è il caso della rabbia repressa di fronte ad un rimprovero ingiustificato del datore di lavoro. Poiché non ci conviene esprimere la rabbia che proviamo a causa delle conseguenze che prevediamo, per cui reprimiamo il vissuto di rabbia consapevoli del sentimento provato. Che poi può essere somatizzato a vari livelli (ma sul momento viene “disinnescato”). Si ha repressione se il vissuto disagevole riguarda una persona che non rappresenta una figura dell’attaccamento primario.

La rimozione invece si verifica se il contenuto è relativo ad una figura dell’attaccamento primario, in genere la madre, nella prima infanzia fino ai due anni. Avviene a livello inconscio. La rabbia del bambino verso la madre che lo ha abbandonato è devastante a livello consapevole perché la madre, figura vitale, non può essere cattiva. Per tale motivo il vissuto ed il relativo sentimento vanno rimossi. E’ un dato di fatto che i minori abbandonati e/o abusati dai genitori, li descrivono sostanzialmente come “buoni”.

Il contenuto psichico rimosso, tuttavia, non scompare ma permane a livello inconsio. A seguito della rimozione possono essere messi in atto vari meccanismi detti di compensazione.

### Meccanismo di spostamento.

Lo spostamento avviene per agevolare la gestione del peso insopportabile del contenuto rimosso. Per questo la responsabilità va scaricata su un soggetto che assomiglia al “colpevole”, con esiti variabili. La bambina abusata diventa facilmente una donna che riversa il suo astio sul mondo maschile con vari comportamenti disfunzionali.

### Meccanismo di sublimazione.

La sublimazione si verifica in genere di fronte alla rimozione di contenuti aggressivi nei confronti di figure dell’attaccamento primario. L’aggressività compensativa che sorge in risposta fa da “molla” per il raggiungimento di obiettivi di prestigio sociale, politico o culturale.

### Meccanismo di regressione.

La regressione, se transitoria ed opportuna relativante al cntesto, è uno dei meccanismi di difesa più utili perché consente all'io una necessaria fase di riposo. Secondo Freud la regressione è una pausa psicologica che in periodi di stress serve a dare ricreazione alla persona, per recuperare, per riposarsi.

Un adulto che si accosta ad un intervento chirurgico presenta una regressione funzionale: si colloca in uno stato di dipendenza e docilità per consentire la messa in atto delle cure necessarie. Nel modello sistemico, in particolare nella psicologia relazionale sistemica in tutti i momenti di passaggio da una fase evolutiva all'altra si può presentare il meccanismo di regressione: nel passaggio da donna a madre, all’ingresso nella vecchiaia, nel passaggio dall’età infantile all’età adolescenziale. Funzionalmente è una fase transitoria: l’adolescente che diventa giovane uomo/donna acquista gli strumenti necessari a gestire l’universo che lo sovrastava e naturalmente esce dalla regressione, conquistando una dimensione più evoluta e matura . Ma se questa uscita non avviene ed il meccanismo di difesa permane oltre il periodo di necessità, diventa disfunzionale. Un bambino di sei anni può tornare a fare la pipì a letto alla nascita di un fratellino. Ma superato il momento critico deve tornare alla normalità, altrimenti la situazione si colloca sotto un profilo patologico. Come distinguiamo una durata funzionale da una patologica? Non esiste una formula magica. Se il bambino oltre alla nascita del fratellino sperimenta una coppia genitoriale problematica o una situazione di handicap, la regressione può anche essere molto lunga senza essere disfunzionale.

### Meccanismi di negazione.

La definizione di rimozione è “spostamento di un contenuto psichico difficile da sostenere nell'inconscio”. La negazione sarebbe quindi il primo step per l’invio nell’inconscio, il primo passo verso la rimozione che a volte non viene completata. La negazione si esprime anche in piccole situazioni (come dimenticare un compleanno), praticamente è far scivolare il contenuto nell’oblio. A livello giuridico è un evento frequentissimo.

Un esempio di peculiare negazione è incarnata nel personaggio letterario di Pollyanna (Porter 1913). La ragazzina mette in atto una particolare negazione che consiste nel vedere solo gli aspetti positivi della realtà negandone quelli disagevoli.

### Meccanismo di fissazione.

La fissazione: è il meccanismo in cui il soggetto rimane fermo in una fase evolutiva che non viene compiutamente elaborata e superata. Quando nella vita di un soggetto in età evolutiva si verifica un evento traumatico o critico difficile da gestire e superare, che rende difficoltoso il passaggio alla fase successiva, la persona può arrestare il proprio sviluppo alla fase in cui avviene il fatto nel tentativo di “sbrogliare la matassa” prima di andare avanti. L’origine e le conseguenze del meccanismo di fissazione verranno descritte più avanti trattando l’approccio psicodinamico freudiano.

### Meccanismo di proiezione.

La proiezione è un meccanismo per il quale attribuiamo ad una persona con cui stiamo interagendo dei contenuti nostri. Il meccanismo proiezione non si presenta solo all’inizio della vita in cui l’individuo va a costruire il proprio sé, ma viene in messo in atto continuamente in tutte le occasioni. Noi tendiamo a vedere il mondo con quelli che sono i nostri occhi, i nostri schemi, il nostro vissuto interiore. In situazioni educative bisogna prestare molta attenzione a mantenere l’oggettività ed il distacco che proteggano dal rischio di questa lettura distorta.

### Meccanismo di introiezione.

L’introiezione è un meccanismo psichico di difesa inconscio in cui contenuti psichici della vita del soggetto vengono fagocitati, spostati nella psiche ed innescano l’identificazione. Il meccanismo è descritto in vari casi presentati in *“La Comunità Officina”* (Sellitti 2015). E’ presente nei minori, ma in generale in tutti i soggetti in età evolutiva. Immaginiamo un soggetto in età evolutiva con un genitore molto violento, o abusante, o aggressivo. Non potendo l’individuo sostenere questo tipo di relazione con una figura di attaccamento primario connotata da un così alto livello di disagio, egli introietta la figura genitoriale violenta per poi identificarsi con la stessa. E’ raccontato il caso di un ragazzino inserito in comunità, di origine afgana, proveniente da una delle etnie più violente (Al Quaeda). Il padre era molto feroce, un tagliagole. Il ragazzino lo descriveva cattivo, armato di coltelli e pistole con cui uccideva le persone. Il ragazzino era stato portato da parenti in Italia e poi trovato in stato di abbandono. Non faceva riferimento alla sua persona, riportava che il padre lo picchiasse con la cinghia.

Fu sottoposto al test del disegno con l’indicazione: “Disegna una famiglia” (non la tua famiglia, una famiglia generica). Lui disegnò i genitori: la madre in costume tipico, il padre vestito di nero recante una lama alta un terzo della sua figura. Poi chiese: “Devo continuare?”. “Si, se pensi che non sia finita”. Lui disegnò le sorelle, i fratelli e in fine sé stesso, una miniatura del padre alta la metà, stesso abito, stessa postura, stessa espressione facciale, in mano una lama alta un terzo della sua persona.

L’ostacolo più ingente per un processo di cambiamento in soggetti appartenenti all’età evolutiva è l’introiezione di figure genitoriali disfunzionali. L’introiezione e l’identificazione sono legate dal rapporto di consequenzialità: si introiettano sentimenti psichici e poi ci si identifica con essi. L'introiezione è suscettibile di interventi di rimodellamento però solo all'interno di percorsi molto lunghi.

### Meccanismo di formazione reattiva.

Meccanismo psichico con il quale il soggetto propone a sé stesso e agli altri un contenuto psichico completamente opposto a quello reale. Per Freud *(S. Freud, Introduzione alla psicanalisi ed altri scritti 1915-1917*) è facile che una persona canalizzi le pulsioni pericolose in una via di formazione “corretta”, in una professione onorevole. Con la scelta della professione l'individuo può mettere in atto un meccanismo di formazione reattiva.

Il concetto della formazione reattiva apre la porta ad uno scenario interessante che si riaggancia a quanto esposto riguardo alla teoria del continuum (Hilgard, Atkinson and Atkinson 1989): l'assoluta normalità psichica non esiste. La sanità assoluta è un costrutto culturale e in un individuo possono essere presenti dei nuclei psicotici che possono venire fuori nelle situazioni più impensate, l'importante è che questi nuclei rimangano circoscritti.

La multidimensionalità dell’uomo è un concetto formidabile riscontrabile in qualsiasi individuo dal più giovane al più vecchio. La certezza di un contenuto psichico di base non ce l'abbiamo, così come, dal punto di vista della psicologia cognitiva, non abbiamo la certezza di una struttura neurobiologica di base nel nostro cervello: viviamo diverse reti neuronali che sono attivate di volta in volta a seconda del contesto. In situazioni diverse si attivano circuiti diversi (Pavone 2001). A stabilire la differenza è essenzialmente il contesto. Potremmo aggiungere che ciascun individuo presenta diversi repertori comportamentali che possono essere attivati o potenziati o disattivati e marginalizzati a seconda degli input mentali, a seconda di quello che ci chiede l'ambiente.

## 

## La nevrosi.

Ricordando il concetto della continuità tra salute psichica e sofferenza psichica, rimarchiamo come i meccanismi psichici di difesa possano essere funzionali in una determinata tappa del percorso evolutivo venendo poi dal soggetto superati ed elaborati. Nel momento in cui il meccanismo si irrigidisce mantenendosi inalterato nel tempo a prescindere dai fatti contestuali andiamo incontro ad un processo di possibile presentazione di uno stato di sofferenza psichica. La prima forma di disagio psichico che incontriamo tra le varie presenti è la nevrosi: la più comune, la più diffusa. All’interno della nevrosi incontriamo vari meccanismi psichici di difesa.

La nevrosi è una condizione di irrigidimento dei meccanismi di difesa nella quale però il soggetto è molto presente, lucido, consapevole dell'anomalia delle proprie condotte e molto desideroso di un cambiamento, di una guarigione.

### La fobia.

La prima nevrosi che osserviamo è la nevrosi fobica, caratterizzata da paura, fobia, timore. Nella fobia si verifica uno spostamento del contenuto angoscioso rispetto alla fonte originaria. La fobia più tipica in età evolutiva è quella legata agli animali, piccoli e grandi. Fino ai quattro anni è più diffusa la paura di animali grandi. Nell’età di latenza (5-11 anni) invece è diffusa la paura per gli animali piccoli, soprattutto insetti. Spesso assistiamo a fobie riguardanti gli spazi: claustrofobia (paura degli spazi chiusi come un ascensore) o agorafobia (paura degli spazi aperti). Ci sono sintomi fobici riguardo la paura di contrarre malattie, ma questa forma di ipocondria avvicina la nevrosi fobica alla nevrosi isterica di cui parleremo più avanti.

In ogni caso la fobia è relativa ad un contenuto angoscioso che viene spostato dalla fonte originaria su qualcos’altro. Spesso i fobici hanno più di una fobia e quando ne superano una ne acquisiscono subito un altra. Alcune metodiche psico-educative di stampo comportamentista danno buoni risultati sui tempi brevi. I risultati però purtroppo sono buoni rispetto alla singola fobia ma non vanno ad incidere alla base del sintomo fobico che si sposta e si potrebbe ripresentare sotto un'altra veste. In genere si consiglia un’analisi più approfondita.

### 

### L’isteria.

Isteria deriva da uster, utero *(S. Freud, Opere Vol 10: Autobiografia n.d.).* E’ contraddistinta dalla mitomania e dalla conversione somatica della tensioni intrapsichiche. E’ stata identificata nello specifico tramite studi su donne giovani della buona società che improvvisamente si paralizzavano o diventavano cieche: si trattava di una conversione come spostamento della grossa conflittualità interiore rispetto alla sessualità. Erano spinte all’emancipazione ma permanevano i vecchi vincoli. Queste ragazze vivevano con elevato livello di conflittualità la propria dimensione sessuale e spostavano sul corpo queste tensioni arrivando anche a non sentire dolore agli arti inferiori paralizzati.

La mitomania, della stessa famiglia del’isteria, invece consiste nella tendenza a raccontare un mito, ingigantire a dismisura questioni del reale socialmente condivise. Il mitomane urla e fa una tragedia per un nonnulla, Caratteristicamente ingigantisce in modo istrionico le situazioni della vita quotidiana.

### L’ossessione.

La terza nevrosi è quella ossessiva. In questa nevrosi esiste una profonda angoscia esistenziale dell’individuo spesso accompagnata da una forte carica aggressiva. Non riuscendo a controllare compiutamente la forte carica aggressiva interiore il soggetto si sforza di controllare l’ambiente. E’ una risposta funzionale al mantenimento del nostro equilibrio psichico. Percepiamo la nostra difficoltà personale a controllare la nostra aggressività ci sforziamo di controllare l'ambiente esterno. C’è una forte carica aggressiva latente che viene spostata sul riordino dell’armadio o sulla la pulizia del bagno. Notiamo che possiamo parlare di nevrosi se una crisi di controllo ossessivo si verifica con una certa costanza ed una certa intensità, non quando succede sporadicamente.

### L’angoscia.

In questa nevrosi un contenuto angoscioso (di solito all’origine aggressivo) viene mal tollerato dall’individuo e determina una condizione di angoscia stabile. L’attacco di panico è la manifestazione più tipica della manifestazione angosciosa in cui l'angoscia stessa esplode all'improvviso come una bomba determinando reazioni che non sono solo psicologiche ma fisiche, con attivazione del sistema simpatico: reazione dall'allarme marcata tachicardia, reazioni messe in atto in situazione di pericolo. Spesso i medici non sanno se la persona condotta in pronto soccorso ha un attacco di cuore o un attacco di panico senza fare analisi specifiche.

Come per la fobia, anche in questo caso qui viene spesso proposta una terapia breve di desensibilizzazione, se si individua un elemento scatenante. Anche qui, sui tempi brevi e sul singolo elemento scatenante può funzionare ma facilmente l’ansia si ripresenta scatenata da un altro elemento.

## La condizione border-line.

La condizione border-line rappresenta una linea di confine tra la nevrosi e la psicosi. Generalmente non si tratta di una condizione stabile, può evolvere in positivo rientrando nella nevrosi o esplodere nella psicosi. Se gli episodi si verificano per periodi protratti della vita e con frequenza almeno quotidiana si scivola nella psicosi (S. Freud, Introduzione alla psicanalisi ed altri scritti 1915-1917).

Nella personalità border-line sono presenti tutti gli elementi che abbiamo riferito per la personalità nevrotica con una marcata impulsività e difficoltà nel contenere le proprie reazioni.

A livello giuridico si distingue tra la stabile infermità mentale (in cui la pena viene commutata in ricovero nell’ospedale psichiatrico) e la transitoria infermità mentale, tipica delle persone border-line. La reclusione fisica dura circa tre anni, poi la persona viene dimessa con una prescrizione medica che il paziente può interrompere in ogni momento.

Vi sono soggetti border-line che riescono a rimanere tali per tutta la vita, non passano mai il confine. Il distacco dalla realtà nei border-line è più importante di quello minimo che avviene nella nevrosi, è però presente un significativo livello di consapevolezza.

## La psicosi.

Il soggetto psicotico è paragonabile ad un auto che può camminare solo in prima marcia. Grande consumo di energia per minimi risultati. I soggetti psicotici sono madri di famiglia che non riescono a curare i figli, persone che non vanno a scuola, non lavorano.

La nevrosi è caratterizzata da un’alta consapevolezza della propria condizione ed elevata sofferenza per l’alto spreco di energia nei meandri dei meccanismi psichici di difesa. Il nevrotico chiede aiuto. Il soggetto psicotico invece è collocato più avanti nella patologia psichica. Ha difficoltà ad avere una compiuta percezione della propria difficoltà psichica. Sovente rifiuta la possibilità di chiedere aiuto.

La condizione di psicosi (S. Freud, Introduzione alla psicanalisi ed altri scritti 1915-1917) si instaura quando un individuo si ritrova a gestire un contenuto angoscioso che potrebbe essere la sua stessa aggressività legata a frustrazioni importanti. Se il contenuto è davvero angoscioso, insostenibile, devastante, potente l’individuo non riesce a fronteggiarlo con i comuni meccanismi di difesa che se stabilizzati portano alla nevrosi. Di norma l’esordio psicotico non è repentino, l’individuo psicotico passa prima per la fase nevrotica.

Lo psicotico torna a meccanismi ancora più arcaici di quelli di difesa: adotta quelli tipici del neonato, proiezione ed identificazione. Lo psicotico prende il contenuto terribile, ad esempio legato ad un abuso fisico sessuale nella sua prima infanzia o ad un abbandono materno, e lo proietta fuori di sé. Da questo meccanismo origina la dispercezione della realtà in cui l’individuo è convito di vedere il demonio, parlare con i fantasmi, essere vittima di un complotto. Questa scissione completa dalla realtà conduce l’individuo alla schizofrenia: egli non si identifica con nulla di esterno a lui, percependo solo il frutto delle proprie proiezioni.

### La sindrome bipolare o psicosi maniaco-depressiva.

Nella psicosi maniaco/depressiva abbiamo un’oscillazione di lunga durata (6 mesi + 6 mesi) tra uno stato depressivo ed uno stato di esaltazione maniacale. L’elemento caratterizzante è il discontrollo emotivo, cioè la difficoltà a mantenere una stabilità del tono dell’umore. Nella fase depressiva il soggetto è atonico, in quella maniacale ha il corso del pensiero alterato, è presente un delirio di onnipotenza, manifesta deliri ed allucinazioni come uno psicotico. La condotta suicidiaria non avviene nei depressi semplici ma nei bipolari. E non nella fase depressiva ma nella fase maniacale. Il suicidio è un momento di forte narcisismo, un momento di protagonismo, spesso preparato minuziosamente nei metodi, nel vestito, nello scenario, nella lettera lasciata. Ed è connotato da un forte distacco dalla realtà, che comprende anche l’istinto di sopravvivenza.

Per questo motivo si procede sempre con cautela a curare la persona depressa: non si è mai certi per il timore che possa essere un esordio di depressione profonda e con l'antidepressivo si possa scatenare la fase maniacale. Il rischio è il suicidio perché si colloca proprio nella possibile evoluzione della patologia.

### La psicosi schizofrenica o schizofrenia.

La definizione di schizofrenia è “alterazione del corso del pensiero caratterizzata da allucinazioni e deliri”. L’allucinazione viene chiamata anche dispercezione della realtà, ovvero percezione visiva, uditiva, olfattiva, tattile di qualcosa che non c’è. Il delirio è un costrutto di pensiero, ovvero una situazione strutturata che si manifesta con racconti e riferimenti a vicende complesse e articolate. La quotidiana convinzione del complotto è delirio. Non la visione temporanea del diavolo che passa davanti la finestra ma la quotidiana convinzione relativa al fatto che le persone si stanno mettendo contro di noi, tutti si stanno mettendo d’accordo per farci del male. Il delirio del complotto è il più diffuso e ricade sotto la schizofrenia paranoide.

La frequenza degli episodi psicotici è peculiare. Alcuni soggetti schizofrenici possono avere periodi lunghi in cui fanno discorsi chiari e realistici. Alcuni soggetti manifestano gli episodi in particolari contesti, alcuni hanno il controllo della manifestazione della patologia.

Un soggetto schizofrenico può mostrare gravi crisi per lunghi periodi della sua vita, alternati a periodi in cui “rientra” (termine tecnico).

## La depressione.

La depressione è suggestiva di un concetto più ampio di “Abbassamento della pressione emotiva”. Sarebbe Ipopressione. De-pressione allude ad un’alterazione del tono dell’umore, non un semplice abbassamento. In studi recenti è stato dimostrato che il cervello del soggetto depresso non sia ipofunzionante, bensì di solito iperfunzionante. Non ci sono evidenze scientifiche ma potremmo aggiungere “Iperfunzionante in maniera disorganizzata”.

In senso generale, indipendentemente dagli approcci, la depressione è caratterizzata da un generale abbassamento del tono dell’umore. Riduzione del livello di motivazione e di interesse nei confronti dell’ambiente circostante. Il disagio è esteso a tutti campi della vita del soggetto.

La depressione si divide in depressione major e depressione minor. La depressione major è la fase depressiva della sindrome bipolare, molto estesa nel tempo, alternata alla fase maniacale. La depressione minor non è una nevrosi ma nella sua classificazione è vicina alla’area psicopatologica delle nevrosi. La minor non si alterna con periodi maniacali ed è caratterizzata da una durata più contenuta, più breve. Nella sindrome bipolare abbiamo un semestre o più di stabile depressione major, senza grandi variazioni tra mattino e sera. Nella depressione minor il vissuto di tristezza è accentuato nelle ore serali. La depressione minor è molto più reattiva rispetti ai fatti della vita (insuccesso scolastico, difficoltà lavorativa, litigio con il compagno). La depressione major è stabile e poco connessa ai fatti della vita quotidiana, sebbene collegata all’ambiente nella sua eziologia. La depressione minor è più suscettibile di miglioramento rispetto alla major.

Collocandosi nell’ambito della psicosi anche la depressione major è correlabile ad uno o più fatti traumatici avvenuti nelle prime fasi della vita (ipotesi eziologica). La major si manifesta con una quasi totale indifferenza rispetto ai fatti della vita. Gravi fatti avvenuti entro i due anni possono portare ad una psicosi, intorno ai tre alla condizione border-line, dopo i tre alla nevrosi. Tuttavia gravi e prolungate situazioni di disagio possono portare a nevrosi e psicosi anche in età più avanzate.

1. ***EVOLUZIONE DELL’INDIVIDUO.***

**Tappe evolutive dell’individuo secondo il modello psicodinamico freudiano.**

Secondo il modello psicodinamico (Freud, Opere. Vol. 4: “Tre saggi sulla teoria sessuale e altri scritti”, 1900-1905) nell’individuo è presente una complessa e costante interazione tra le forze endogene (interne) eziologiche e quelle esogene (esterne) sociali. Pirandello chiama queste due istanze “sostanza” e “forma”. L’istintività di cui parla Freud è essenzialmente sessuale.

Sono distinte cinque fasi evolutive:

* + - 1. Orale (0-1,5 anni). Forza biologica per la suzione e la pulsione orale, purtroppo già contrastata dalla norma sociale con pratiche quali l’allattamento cadenzato. I pediatri oggi invitano ad un allattamento a richiesta, ma fino a pochi anni fa i pediatri davano una tabella cadenzata su 3 ore con la pausa notturna di 6 ore. L’allattamento a richiesta tiene conto di molti fattori che quello programmato ignora. Ad esempio alcuni bambini che hanno avuto stress in utero nascono stanchi e riescono a succhiare per poco tempo, sufficiente a calmare la fame solo per un breve tempo. Lo stress fetale può derivare da uno stato di stress prolungato della gestante: questa passa cortisolo al feto e il bambino nasce nervoso, irritabile (De Weertha and Buitelaara, 2005). Il cortisolo viene prodotto dalla corteccia cerebrale, alza la pressione, determina uno stato vigile ed eccitabile. Idem per la gestante tossicodipendente che però introduce dall’esterno la sostanza. Una insoddisfazione nella fase orale può portare ad uno stato di fissazione: “Io rimango qui finché non siano stati soddisfatti i miei bisogni”. Secondo la psichiatria una grave insoddisfazione dei bisogni nella fase orale è alla base della psicosi. Anche una grave depressione post partum va considerata. Una lieve depressione post partum è fisiologica e si risolve da sola nel giro di pochi mesi. Ma se è grave e permane, diventa psicosi post partum (3 casi su 1000) con tutti i sintomi della psicosi (deliri, allucinazioni). Tale condizione materna può causare una psicosi nel figlio che potrebbe manifestarsi anni dopo, a meno che non ci siano figure parentali suppletive abbastanza efficienti.
      2. Anale (1,5-3 anni). Qui sorge il bisogno di un controllo sfinterico non imposto. In questa fase la pressione sociale è notoriamente pesante. Il controllo sfinterico è socialmente molto più problematico dell’allattamento. Fortunatamente la pediatria odierna asseconda un controllo sfinterico soft e rispettoso dei tempi del bambino. Per la psichiatria una frustrazione nella fase anale porta a nevrosi di tipo ossessivo-compulsivo, come l’accumulazione ed il collezionismo estremo (mancata demarcazione tra il dentro di sé ed il fuori di sé).
      3. Fallica (3-5 anni). Sorge il bisogno di esplorazione del corpo proprio altrui con tutte le modalità esibizionistiche connesse alla nuova conoscenza. Il bambino scopre la differenza tra maschi e femmine e spesso manifesta atteggiamenti esibizionistici. La censura sociale qui è fortissima. Un blocco in questa fase porta o ad una psicosi border-line o a un disturbo narcisistico di personalità. Quest’ultimo sta a latere rispetto alle nevrosi ed è caratterizzato da una spiccata autoreferenzialità con difficoltà a percepire i bisogni dell’altro.
      4. Latenza (5-10 anni). Nuovi contenuti sono in fase di preparazione ma non sono ancora palesi. Possono esserci tratti nevrotici fobici. In fase di latenza inoltre si può manifestare una forma depressiva. La paura delle malattie è molto legata alla depressione, oltretutto la depressione indebolisce il sistema immunitario e causa effettivamente malattie. Bisogna distinguere tra ipocondria vera e strategica, ma se è vera è importante sviscerare la depressione del bambino. E’ ancora poco strutturato il confine tra realtà e fantasia.

1. Pre-adolescenza (10-13 anni). Primi accenni dei grandi turbamenti adolescenziali.
2. Adolescenza (a partire dallo sviluppo puberale e sino all’ingresso nell’età adulta). Arrivano l’esplosione ormonale e la forza della sessualità dirompente. Di nuovo si presenta il contrasto tra pulsione biologica e censura sociale. Anche qui i medici si stanno orientando verso il riconoscimento di una cittadinanza alla pulsione sessuale. Una fissazione in questa fase può portare alla compulsione sessuale, il collezionare avventure erotiche alla stregua di oggetti, condizione che rientra tra le nevrosi ossessivo-compulsive.

### La fissazione e l’origine di nevrosi e psicosi secondo l’approccio psicodinamico freudiano.

Un’esperienza non soddisfacente di una fase porta il soggetto al mancato superamento della stessa freudiano (S. Freud, Compendio di psicoanalisi e altri scritti 1938). I bevitori, i mangiatori compulsivi, i grandi parlatori, in parte i fumatori (che sono però anche di stile ossessivo tipico della fase successiva) sono fermi alla fase orale. Il piacere che deriva dalle attività descritte è solo un palliativo al difficile stato di fissazione. Chi rimane fissato nella fase anale è ossessionato dal controllo, da cui le nevrosi ossessivo-compulsive e anche, come anticipato, il rituale del fumo. Chi rimane bloccato nella fase fallica ha un atteggiamento esibizionista, tipico di persone dello spettacolo e di politici.

La persona fissata è tipicamente come l’auto che va in terza marcia. La fissazione è un'azione psichica di voluta stasi ad una fase evolutiva non compiutamente superata che può portare il soggetto a atteggiamenti tipici della fase non superata. Egli vive con disagio la sua situazione e il suo profondo desiderio consapevole è liberarsi dalla sovrastruttura della fissazione che lo appesantisce. La fissazione si riconosce quando rileviamo che ci sono elementi nevrotici, continuo controllo sul suo corpo e sull'ambiente, tipico del bambino della fase anale (perdere o prendere il controllo di ciò che esce da sé).

Perché una determinata fase evolutiva non viene superata ma rimane fissa? Il motivo principale è che i bisogni del soggetto collocati all'interno fase stessa non sono stati compiutamente soddisfatti. Immaginiamo rispetto alla fase orale quella che può essere la condizione di un neonato che si ritrovi ad interagire con una figura genitoriale o con una madre emotivamente poco disponibile, ovvero fisicamente presente senza però offrire una disponibilità emotiva. Questo fattore influenza fortemente i comportamenti. Le madri poco disponibili emotivamente cercano poco il contatto oculare (i soggetti adulti emotivamente indisponibili evitano lo sguardo). Nella fase anale il problema può sorgere da una modalità di gestione da parte della figura adulta eccessivamente rigida. In passato si forzavano i bambini al controllo sfinterico ad un anno di età, con modalità troppo rigide e richiestive.

I soggetti con le patologie psichiche più gravi sono soggetti che hanno subito una gravissima limitazione e forte anaffettività durante il primo anno e mezzo. Se al contrario i bambini sono stati allevati in modo estremamente progressivo senza alcun tipo di controllo si determina la sindrome border-line che sfocia nella messa in atto di condotte socialmente devianti

La potenza della famiglia allargata sta nella possibilità che ha il bambino di trovare figure di riferimento alternative ai genitori. Nel momento in cui il modello della coppia genitoriale non è funzionale il bambino ha possibilità di aggancio con un altro interlocutore e può trovare un modello alternativo.

### La depressione secondo l’approccio psicodinamico freudiano.

Secondo l’approccio psicodinamico freudiano la depressione è il risultato di un “lutto psichico non elaborato”. il lutto psichico è diverso dal lutto emotivo. Quest’ultimo è la conseguenza della perdita oggettiva di una persona o di una situazione cara. Invece secondo Freud il lutto psichico è il vissuto di perdita di una parte del sé. L’esempio più lampante è quello di una madre (figura di attaccamento primario) che rimanda al figlio un riconoscimento negativo. “Tu non mi piaci, tu non sei bravo, tu non sei all’altezza, tu non sei il figlio che avrei voluto”. Ne consegue il vissuto di una figura di attaccamento che ti ha respinto e si concretizza in seguito in una sensazione di inconcretezza e disperazione. Un lutto psichico può anche essere conseguenza di un lutto emotivo, come quello della oggettiva morte della madre. Secondo Freud la madre è interiorizzata, quindi se la madre muore fisicamente, muore anche la parte del sé che corrisponde alla madre.

**Tappe evolutive dell’individuo secondo il modello cognitivo di Jean Piaget.**

Le tappe evolutive per Piaget (1967) sono le seguenti:

* Periodo Senso-Motorio: 0-18 mesi.
* Stadio 1 (0-2 mesi): Il bambino può guardare stimoli visivi e volgere il capo e gli occhi verso la sorgente di un suono, ma nascondere un oggetto non stimola alcuna particolare risposta.
* Stadio 2 (2-4 mesi): Se un oggetto scompare dietro un ostacolo, il bimbo continuerà a fissare con gli occhi il luogo dove l'oggetto è scomparso, ma non lo cercherà e se l'oggetto non riappare subito, egli perde l'interesse dello stesso (“aspettativa passiva”).
* Stadio 3 (4-6 mesi): Il bambino è capace ad afferrare e trattenere gli oggetti. Se un oggetto viene nascosto sotto un telo egli non tenterà di ricuperarlo, ma allungherà la mano per prendere un oggetto che sia visibile almeno in parte.
* Stadio 4 (6-12 mesi):  Il concetto di oggetto cambia e diventa permanente, infatti un oggetto nascosto continua ad esistere anche se gli schemi comportamentali per affrontare gli oggetti nascosti non sono ancora sviluppati completamente.
* Stadio 5 (12-15 mesi): Arrivato ad un anno di vita, il bambino cercherà un oggetto nascosto nell'ultimo posto in cui è stato nascosto, potendo però distinguere solo gli ultimi cambiamenti del nascondiglio.

Stadio 6 (15-18 mesi): Secondo Piaget, durante questo stadio il bambino comincia a pensare. La funzione di pensiero è però strettamente legato a soli schemi motori e a concetti di proprietà degli oggetti.

* Periodo Pre-operazionale: 2-7 anni.

Questo periodo è caratterizzato dal rapido sviluppo della capacità del linguaggio e della capacità di rappresentare simbolicamente le cose, chiamata funzione simbolica.

Secondo Piaget, lo sviluppo della funzione simbolica inizia in realtà durante il periodo senso-motorio, quando il bambino comincia ad imitare gli eventi che accadono nel suo ambiente.

Un bambino potrebbe, ad esempio, rappresentare un cavallo eseguendo movimenti di galoppo con i piedi. Le rappresentazioni simboliche come queste sono dette significanti: un atto motorio rappresenta un concetto perché somiglia o ai movimenti che l'oggetto compie o ai movimenti che il bambino compie quando interagisce con l'oggetto.

I significanti sono personali, derivano dalla interazione del bambino con l'oggetto.

I segni, invece, sono convenzioni sociali, cioè compresi da tutti i membri della società (i significanti sono compresi solo dal bambino e forse da alcuni familiari).

* Periodo delle Operazioni Concrete: 7-11 anni.

Il bambino compie operazioni mentali sugli oggetti usando i concetti di numero, peso, volume, etc., ma sempre riferendosi ad oggetti concreti, persone o cose.

Svolge e risolve problemi matematici relativi ad oggetti concreti.

* Periodo delle Operazioni Formali:12-15 anni.

L’individuo può compiere operazioni mentali indipendentemente dal riferimento ad oggetti e persone concrete, usando la capacità di astrazione. Può affrontare la risoluzione di un problema scientifico attraverso il metodo ipotetico-deduttivo (formula un’ipotesi, ne deduce le conseguenze sul piano teorico, ed esegue l’esperimento per verificare l’ipotesi).

***Tappe evolutive dell’individuo secondo il modello sistemico-relazionale di Milton Erickson.***

*Erickson è stato il precursore del modello sistemico-relazionale, basato sul sistema di relazione fra individui.*

*Secondo Erickson si distinguono 8 stadi evolutivi che vedono l’individuo nella sua interazione con l’ambiente esterno, non essendo possibile prescindere dal contesto o sistema relazionale (Moderato and Rovetto, 2006) (Vonèche, 1985).*

1. *Primo anno di vita, stadio “sensoriale/orale”, in cui predomina la sensorialità e l’oralità rispetto a funzioni che vedremo più avanti. Oralità non connessa solo al cibo ma anche alla conoscenza del mondo. Il soggetto matura la fiducia verso la madre e verso l’ambiente e il conflitto che può instaurarsi nell’individuo è quello tra fiducia e sfiducia. Anche Erickson quindi considera le primissime fasi della vita come determinanti per la salute o l’insania mentale. La fiducia e quindi la capacità di sviluppare relazioni serene e funzionali si matura durante il primo anno di vita. Per uno psicologo è obiettivo fondamentale trovare punti di contatto fra i diversi approcci. Si può valutare una grande confluenza di pensiero tra i vari approcci, sebbene sembrino divergenti, ma vanno a rimarcare sempre gli stessi argomenti. Sia l’approccio psicodinamico che l’ericksoniano sottolineano l’importanza massima del primo anno di vita. Per Erickson è il primo anno di vita che determina le capacità relazionali. Per Freud il primo anno è quello delle pulsioni orali che se non soddisfatte portano alla psicosi adulta. Per Piaget (Vonèche, 1985) il primo anno è quello in cui il soggetto va da una totale disorganizzazione mentale ad una organizzazione secondo sequenze all’inizio rigide, poi sempre più elastiche. Nella prima sequenza assocerà il viso della madre alla suzione, poi entreranno sequenze legate ad altri volti. Ma la stabilità del volto materno è necessaria a strutturare le prime sequenze cognitive del suo sviluppo. Erickson rimarca nel primo anno l’importanza delle figure dell’attaccamento primario che permettono il fondamento relazionale del bambino. Questo fa emergere l’importanza della buona salute psicofisica della madre nei primi mesi di vita del bambino.*
2. *Secondo anno di vita, stadio “muscolare/anale”. Muscolare perché il bimbo a un anno impara a camminare e sviluppa la muscolatura in maniera più significativa rispetto a quando stava steso o gattonava. Anale perché di norma entro il secondo anno si sviluppa il controllo sfinterico. In questa fase un eventuale conflitto interno si pone come conflitto tra autonomia e dipendenza. Il bimbo inizia a camminare e si allontana dalla madre, sperimentando un’autonomia molto più ampia, in contrasto con il sentimento ancora forte di dipendenza.*
3. *Tre-cinque anni, stadio “locomotorio/genitale”, caratterizzato da un conflitto tra capacità di iniziativa e senso di colpa. Locomotorio perché si potenziano le abilità di movimento e spostamento, genitale perché il bambino percepisce distintamente le proprie parti genitali, avendo peraltro acquisito il pieno controllo sfinterico. Il conflitto è tra l’iniziativa personale, il desiderio di far da solo sempre di più, ed il senso di tradimento, di colpa verso le figure di attaccamento. Per Erickson questo conflitto riappare frequentemente nel corso della vita, l’individuo si trova spesso diviso tra due opzioni di cui una va abbandonata. Può essere una persona, o una ideologia, o un contesto.*
4. *6-11 anni, stadio “di latenza” (come per Freud). Un possibile conflitto è tra spinta verso il mondo esterno e verso l’Altro, volontà di fare, di muoversi in modo autonomo, e vissuto di incapacità, sentimento di inferiorità nei confronti del gruppo rispetto all’andare verso il mondo esterno.*
5. *12-19 anni, “adolescenza”. Conflitto tra identità e confusione di identità. La domanda più frequente è “Chi sono io?”. Che farò da grande? Dove voglio andare? La personalità è già più che abbozzata, si è costruita in 12 anni, per cui l’adolescente non deve “decidere chi è”, ma più semplicemente “scoprire chi è”. Ogni adolescente si interroga molto sul futuro ed è opportuno supportarlo nel percorso di autocoscienza, aiutandolo a scoprire le sue capacità e le sua potenzialità.*
6. *20-30 anni, “prima età adulta”. Può esserci un conflitto tra l’intimità con l’altro e l’isolamento.*
7. *40-60 anni, “maturità”. Il conflitto è tra la generatività (come capacità di produrre, non solo di avere figli) e stagnazione, come tendenza a rimanere fermi.*
8. *Dai 65 anni in poi, “invecchiamento”. Possibile conflitto tra integrità (la persona anziana dovrebbe avere un io completo, compiuto) e disperazione per la possibile imminente perdita di questa compiutezza ottenuta.*

*I conflitti irrisolti, soprattutto quelli che vedono una predominanza dell’elemento disfunzionale rispetto alla funzionalità, quindi i conflitti vissuti non proficuamente, determinano una permanenza della disfunzione (= sfiducia, dipendenza, isolamento, disperazione).*

*I sintomi disfunzionali non spariscono ma cambiano abito, si adattano all’età ma lasciano immutato il disagio di fondo.*

***Il soggetto che Erickson vede afflitto dal senso di colpa in infanzia, relazionalmente incapace in giovinezza, stagnante in mezza età, disperato in vecchiaia, è sempre lo stesso...***

***La “scala di differenziazione del sé” di Murray Bowen.***

*Murray Bowen sosteneva che la principale causa della disfunzionalità della famiglie rigide è la massa indifferenziata dell’Io familiare. Esprime il concetto di un IO familiare, parallelo a quello dell’IO individuale. Non solo la persona ma anche il gruppo ha un Io, come se tutti gli IO si fondessero in un corpo unico (fenomeno pienamente realizzato nel gruppo di teppisti). Nella famiglia rigida i vari IO dei componenti non sono riusciti a svilupparsi in maniera completa. L’IO del padre e della madre non erano definiti, e neanche l’IO dei bambini riesce a definirsi.*

*Secondo Bowen (1979) la meravigliosa fusione fra l’IO del neonato e quello della madre permette alla seconda di curare il primo in maniera esclusiva. Il primo, che ancora non ha un IO proprio definito, usa ausiliariamente quello della madre: si fonde e si identifica con l’IO della madre che gli fornisce una prima base solida. Tutti i neonati separati dalla madre per malattia del bimbo o della genitrice sperimentano un forte trauma, sebbene una figura suppletiva possa mitigare il disagio. La fusione alla nascita è meravigliosa, ma la sua funzionalità è racchiusa nella transitorietà. Per Bowen nella famiglia patologica, rigida, con genitori poco differenziati, la differenziazione dei figli non evolve, e questi rimangono per tutta la vita in una condizione psichica di simbiosi con la madre/figura d’attaccamento, ovvero in una condizione di fusione tra i due IO.*

*Si possono riconoscere vari gradi di differenziazione. Bowen illustra la “scala di differenziazione del sé” come comprendente valori da 0 a 100. La differenziazione avviene tramite vari meccanismi, tra cui le regole (i paletti) che mettono i genitori. Chi sono io e chi sono gli altri? Dove finisco io e dove iniziano gli altri? Per Bowen il processo di differenziazione è coincidente con il processo di maturazione. Parte dal basso e cresce, auspicabilmente, con l’età.*

* *0-25: gli individui del Non-Sé o del Sé embrionale.*

*Nella fascia 0-25 c’è un Sé molto poco strutturato, con grave fragilità psicologica, con dipendenza dalla famiglia o da sostanze di vario genere (per il meccanismo psichico dello “spostamento”) o da schemi di condotta anche fortemente disfunzionali tramite i quali è ricercato il soddisfacimento dei personali bisogni insoddisfatti. Sono in questa fascia i soggetti che Freud definiva fissi in una fase evolutiva infantile.*

*Secondo Bowen ai livelli più bassi, prossimi allo zero, ci sono le persone che non riescono a vivere fuori da un’istituzione di tipo residenziale. Prigione, comunità terapeutica: sono riproduzioni della figura totalizzante materna per il neonato.*

*L’individuo del non-sé è fortemente problematico in maniera strutturale, non transitoria ma stabile.*

*Per Bowen il soggetto con un disturbo psichico grave ha un punteggio pari a 10-15.*

*Il soggetto con disturbo psichico moderato si colloca intorno a 24-25.*

*Le persone definite border-line si collocano nella fascia dell’io embrionale di Bowen: sono persone che presentano una differenziazione del sé, sia pure minima, ma che in situazione di stress vanno facilmente fuori controllo e presentano un forte impulso emotivo.*

* *25-50: gli individui del Sé mediocremente strutturato.*

*Nella fascia 25-50 ci sono gli individui per cui il vissuto del successo è più legato all’approvazione dei superiori che al valore intrinseco del lavoro compiuto. Sono subordinati al consenso altrui. Hanno bisogno di rassicurazioni e conferme frequenti. Sono persone che si adattano volentieri alle regole e si inseriscono nella società. Secondo Bowen hanno un io embrionale che ha come tratti tipici la compiacenza da discepolo (ad es.: il “portaborse”) o il suo contrario, ovvero l’opposizione da ribelle (non la ribellione della persona matura e argomentante, ma quella tipica dell’adolescente). Rientra in questa fascia anche l’autoritarismo dogmatico, quello delle persone che non ammettono contraddittorio.*

* *50-75: gli individui del Sé sufficientemente strutturato.*

*Nella fascia 50-75 ci sono le persone piuttosto ferme nelle loro affermazioni e convinzioni. Hanno un sé abbastanza forte e strutturato ma in situazione di tensione possono scendere a compromessi ed assumere a decisioni puramente emotive. Vacillano di fronte a una forte opposizione.*

* *75-100: gli individui del Sé ottimamente strutturato e/o compiuto.*

*Ha affermato Bowen: “Tra 75 e 100 si collocano coloro che non ho mai visto all’interno della mia attività clinica, e che raramente ho visto in giro”. Sono gli individui che riescono a perseguire costantemente i propri principi raggiungendo gli obiettivi prefissati. Sono sicuri delle proprie convinzioni ma mai dogmatici, mai rigidi, né sottomessi, né oppositivi con fare da ribelle. Se esprimono opposizione lo fanno con modalità interlocutorie mature. Sono capaci di muoversi nelle relazioni senza bisogno di dominare l’altro più debole. Sono capaci di vivere momenti di intenso contatto emotivo con l’altro sperimentando la fusione ma anche di svincolarsi per proseguire lungo un cammino autonomo e individuale. Sono autoreferenziali senza arroganza. Hanno uno stile educativo autorevole con sicurezza di sé e proposte presentate all'altro senza rigidità o chiusura.*

***Le “quattro generazioni” di Murray Bowen.***

*Nella trasmissione multi-generazionale (passaggio da una generazione alla successiva, ed a quella susseguente) secondo Bowen i genitori trasmettono parte della loro maturità o immaturità psichica, intese quali gradi del personale percorso di evoluzione (Bowen, 1979).*

*Immaginiamo due genitori collocati su un punteggio di 51 (terza fascia, livello basso): opinioni abbastanza definite, una discreta solidità, ma in situazioni di conflitto o di stress rinunciano alle proprie convinzioni e possono scendere a compromessi con il proprio sè. Questi due genitori 51 mettono al mondo, ad es., tre figli, che hanno tre corredi genetici e di conseguenza tre predisposizioni di base distinte che possono differire tra loro anche in modo significativo. Fra i tre figli ce n’è uno più fragile, più coinvolto nella rete familiare, più insicuro, più bisognoso di conferme, più dipendente: si presta ad essere il capro espiatorio. Bowen attribuisce a questo figlio un punteggio di 35. Al secondo dà il punteggio dei genitori, 50-51. Al terzo attribuisce una maggior spinta all’autonomia, attribuendogli 60: più facilmente riuscirà a costruire percorsi di vita individuali a prescindere dai condizionamenti vita familiare.*

*Il figlio 35 probabilmente cercherà una compagna con un punteggio simile al suo, impacciata, fragile, dipendente, per affinità. La coppia 35 genera due figli. Il primo ha una forte spinta all’autonomia e arriva a 45. Il secondo, come suo padre e sua madre,* ***peggiora la condizione di dipendenza espressa dai due genitori, collocandosi sul 25. E’ un punteggio rischioso: il soggetto può riuscire a portare avanti una vita apparentemente regolare ma è soggetto a crolli improvvisi, come gli acting-out o le crisi depressive. Questi crolli si manifestano soprattutto nei salti evolutivi: nel passaggio dall’adolescenza all’età adulta, dalla maturità alla vecchiaia. Il soggetto 25 è una persona fortemente fragile, dipendente, manipolabile.***

*Per Bowen ci vogliono 4 generazioni per generare un soggetto psicotico e/o con un significativo disturbo mentale.*

*Se è possibile realizzare il processo di involuzione che porta a destrutturare l'edificio psichico, a rigor di logica è possibile l’evoluzione che porta a strutturarlo. Da una coppia psicotica si può arrivare a dei pronipoti normali attraverso un processo di consapevolezza del proprio livello di differenziazione psichica.*

### 

### *La famiglia disfunzionale: comunicazione complementare e simmetrica, triangolazione e dinamica del capro espiatorio.*

*Una dimensione tipica di un sistema è la influenzabilità, la condizionabilità di ciascuno dei suoi elementi ad opera di tutti gli altri elementi del sistema. In un gruppo tutti gli elementi sono psichicamente interconnessi. Qualsiasi cosa accade ad uno degli elementi del sistema si ripercuote su tutti gli altri elementi. Nel sistema famiglia quello che succede al figlio si ripercuote immediatamente su madre, padre, fratello, sorella. Idem in un gruppo amicale o lavorativo, con schemi diversi, ma con lo stesso significato. In psicologia sistemica relazionale in un sistema sano, funzionale è diffusa la comunicazione complementare (in cui il ruolo dominante viene frequentemente scambiato tra gli interlocutori per attuare uno scambio di informazioni significativo) rispetto a quella simmetrica (in cui il ruolo dominante è conteso e non avviene alcuno scambio di informazioni) e non vi è rigidità rispetto al cambiamento, soprattutto per il cambiamento relativo al ciclo della vita (Watzlawick, Beavin and Jackson 1967). In una famiglia sana si accetta di buon grado il processo di emancipazione dei figli adolescenti senza irrigidirsi fissarsi sulla fase pregressa che è quella della coppia con i bambini.*

*In una famiglia disfunzionale e rigida (Bowen 1979) si verifica frequentemente la dinamica del capro espiatorio, ovvero la persona su cui vengono riversate tutte le disfunzionalità del gruppo (Watzlawick, Beavin and Jackson 1967). Questo è dovuto alla natura dei sistemi umani: così come nessun soggetto è sano nessun gruppo umano è totalmente funzionale nelle comunicazioni. Inevitabilmente, dato che le persone sono diverse e l'uomo è in costante evoluzione, si creano tensioni interpersonali. Tali tensioni, in un gruppo sano possono canalizzarsi in una o più persone specifiche, ma non in maniera fissa, standardizzata. C'è un'intercambiabilità a seconda dei contesti, dei momenti e delle condizioni di vita, mentre in un sistema rigido, disfunzionale i ruoli si cristallizzano. In un sistema umano sano nessuno è il capro espiatorio fisso ma il ruolo varia a seconda del contesto e della situazione (il papà è disordinato ma è affettuoso, la mamma è rigida ma fa un grande servizio). Ma se il capro espiatorio nelle famiglie disfunzionali è sempre lo stesso, nella maggior parte dei casi si tratta di è uno dei figli, il più debole o il più problematico. Un figlio disabile ha forti probabilità di cadere nel ruolo del capro espiatorio.*

*Nella famiglia con figli le tappe più salienti sono la nascita dei figli e l’emancipazione dei figli. Nella prima tappa la famiglia deve riformulare i suoi schemi, per cui spesso si verificano crisi nella coppia. La riorganizzazione da due a tre è faticosa. Ancora più forte il passaggio all’età adulta dei figli. In entrambe le situazioni la famiglia con un figlio disabile attraversa una fase quanto mai delicata.*

*Anche se il figlio non è disabile, la famiglia rigida si opporrà all’uscita di scena del figlio mettendo in atto azioni che bloccano il percorso evolutivo del ragazzo. Per prima cosa la famiglia rigida cercherà di impedire l’indipendenza del figlio, mantenendo lo stesso in una dimensione di dipendenza. La dimensione di dipendenza per eccellenza è la tossicodipendenza. Nel modello relazionale sistemico il tossicodipendente è, al di là dei suoi comportamenti violenti o aggressivi, un dipendente sicuro. Il tossico è un dipendente a vita con forti tendenze autolesionistiche. La famiglia non ha favorito la conquista di un se indipendente. Se il figlio è disabile, la dipendenza dai genitori mai interrotta appare come la cosa più naturale.*

*Altra dinamica frequente che si riscontra nella famiglia disfunzionale è la triangolazione (Bowen 1979). Nella triangolazione due interlocutori di una diade devono utilizzare un terzo soggetto esterno per poter dialogare. A e B non comunicano se non tramite C. Se la moglie A fa fatica a dire al marito B di avere bisogno di attenzioni può far uso della figlia C che è indotta ad assumere atteggiamenti esibizionistici o patologici nei confronti del padre. La bambina piange quando il padre parte e gli salta al collo quando torna. E’ uno strumento nelle mani della madre per richiamare l’attenzione del padre. Tramite il suo agire sono soddisfatte le esigenze della mamma. Finché fa festa e piagnucola siamo ancora nel campo della normalità. Ma la situazione può salire a livelli patologici con varie somatizzazioni che sollecitino le attenzioni del papà.*

## *Il soggetto C, triangolato, è bloccato nella funzione di strumento utile al soddisfacimento di bisogni altrui e da adulto sperimenta spesso un senso di alienazione. La triangolazione è tipica del sistema familiare rigido e si ritrova in tutte le situazioni di blocco del circolo evolutivo. Una famiglia rigida può produrre diverse dimensioni disfunzionali: il tossicodipendente o addirittura il figlio malato psichico o psichiatrico. La scelta del soggetto triangolato è semplice: il più debole. Il figlio affetto da qualche patologia è un triangolato di eccellenza che in un circolo vizioso rischia di diventare sempre più debole. La ragazza anoressica senza caratteri femminili, amestruata, debole, è la bambina cristallizzata, dipendente e malata è la triangolata ideale. Il bambino con problemi comportamentali ha un elevatissimo rischio di essere triangolato.*