

ANTONIO PULEGGIO

SISTEMI DISFUNZIONALI SECONDO L'OTTICA SISTEMICA

Estratto

Secondo l'epistemologia sistemico-relazionale una famiglia con caratteristiche di disfunzionalità oscilla attraverso parametri di instabilità esprimendo sofferenza, e in essa possono essere presenti caratteristiche proprie dell'invischiamento, dell'iperprotettività, della rigidità e della conflittualità irrisolta. Il sistema spende troppa energia per mantenere al suo interno l'equilibrio e raggiungere i suoi obiettivi. La sua omeodinamica è povera, rigida e ridondante. In un sistema disfunzionale il sintomo, che non è più espressione del singolo individuo ma di tutto il suo sistema, famiglia o gruppo di appartenenza, ci dice sempre qualcosa, ci comunica un mondo di significati che dobbiamo saper esplorare e codificare entrando nella sua intima "logica" di senso e significato.

Premesse teoriche

Nel passato lo studio del comportamento umano, sia esso espressione di normalità o di patologia, veniva studiato secondo un approccio di chiara derivazione medica, ricercando le cause all'interno del corpo o della psiche umana. L'approccio sistemico relazionale che nasce negli Stati Uniti all'inizio degli anni '50, pone attenzione non su ciò che accade all'interno della mente ma sulle relazioni che ogni individuo instaura con l'ambiente esterno e con gli altri. L'individuo non è più un elemento singolo, isolato, da studiare a prescindere dall'ambiente in cui vive, ma fa parte di una serie infinita di sistemi in ognuno dei quali assume dei ruoli, invia e riceve delle comunicazioni e all'interno dei quali agisce determinati e significativi comportamenti. Importanza fondamentale acquisisce quindi il sistema familiare, all'interno del quale ogni individuo nasce e cresce, assimilando regole fondamentali proprie di quel sistema, evolvendo in senso sia fisico che psicologico e relazionale.

Ogni comportamento acquista un suo significato solo se analizzato all'interno del contesto in cui si manifesta e si può quindi desumere che un comportamento problematico non sia altro che l'espressione di un malessere che non è più del singolo individuo, ma di una disfunzionalità comunicativo-relazionale all'interno dell'organizzazione familiare di riferimento. Agendo sulle dinamiche familiari sarà perciò possibile incidere sul sintomo stesso. Ad essere oggetto di analisi non saranno quindi più i sogni, i sentimenti, i vissuti introspettivi ma le comunicazioni, le relazioni, partendo dal presupposto che non è possibile non comunicare e che ogni comportamento o sintomo comunque ci racconta sempre qualcosa, trasmettendo un mondo di senso e di significato.

Prima di affrontare questioni di natura psicopatologica attinenti ai sistemi familiari disfunzionali, vogliamo ricordare l'importanza che hanno in tale ambito i concetti di *interazione* e di *interdipendenza* che permettono di leggere i fenomeni clinici, come abbiamo detto, sulla dimensione di insieme e non su parti separate, caratterizzando l'idea di sistema come un tutto in cui le parti si influenzano in maniera reciproca, tanto che la modificazione di un elemento ci aspettiamo si ripercuota sugli equilibri di tutto il sistema. Questa idea già appartenuta ai teorici della *Gestalt*, come sappiamo entra in ambito clinico utilizzata dai ricercatori americani di *Palo Alto*.

Studiare il disagio psichico e/o fisico orientando l'attenzione sul singolo o sul *sistema famiglia* non

rappresenta solo uno spostamento di attenzione dalla unità alla pluralità, ma comporta un salto concettuale di rilevante importanza in quanto la modalità di osservazione, frutto di una differente epistemologia, è a sua volta molto diversa. Lo spostamento di interesse dall'individuo alla relazione tra più persone, porta la psicopatologia e la psicoterapia a trovare il loro punto focale di trattamento nella famiglia, nella rete complessa di interazioni in cui vengono scambiate informazioni.

L'ottica relazionale affronta dunque l'aspetto psicopatologico spostando l'attenzione dal paziente, sino a quel momento problema unico, al paziente designato (*Pd*) che diviene espressione di un sistema disfunzionale o patologico: in quest'ottica la persona portatrice del sintomo "serve" o se vogliamo risponde a bisogni ed esigenze funzionali del sistema familiare. Assumendo la posizione di capro espiatorio, il *Pd* tiene unito il sistema, soddisfa i bisogni relazionali di questo e offre un punto di coesione e riferimento alla soddisfazione - insoddisfazione della famiglia. È possibile così che ad un suo miglioramento segua la comparsa di disturbi in un altro o altri componenti del sistema familiare, o che compaia una nuova minaccia all'unità della famiglia stessa.

La terapia familiare dunque ipotizza che i "nodi" patologici vadano ricercati nelle modalità relazionali e nello stile con cui interagiscono i vari componenti della famiglia, ed inoltre ritiene che il comportamento sintomatico abbia tra le sue funzioni quella di mantenere un determinato equilibrio o una determinata organizzazione sistemica: si assume di conseguenza che il mutamento di un comportamento sintomatico possa avvenire solo se tutto il sistema familiare cambia. I sintomi quindi sono strumentali al mantenimento dell'equilibrio del sistema familiare, piuttosto che all'equilibrio delle *forze intrapsichiche*, come il modello lineare di tradizione medico analitica prospettava, e la resistenza al cambiamento va riportata esclusivamente al livello delle relazioni che intercorrono tra vari membri della famiglia.

Vogliamo ricordare che sono stati soprattutto gli studi sulla schizofrenia che hanno favorito il passaggio in ambito clinico, di un orientamento familiare: dallo schizofrenico considerato come individuo fuori dalla realtà con problemi indipendenti dalle relazioni, si è passati al concetto di *madre schizofrenogenica*, dove ha assunto importanza il modo di relazionarsi della madre dalle prime fasi dello sviluppo. Questo sistema di relazioni diadica verrà poi allargato tra la famiglia comprendendo anche il ruolo paterno, letto come contributo alla condizione patologica del figlio.

Questi mutamenti ecologici si estendono ovviamente alle descrizioni di altre patologie. L'orientamento individuale considera il sintomo come metafora di conflitti interni, ed i conflitti nelle relazioni come espressioni metaforiche di un dramma interno. Il punto di vista familiare descrive praticamente l'opposto: i conflitti esterni inducono i conflitti interni che ne costituiscono un semplice riflesso.

Anche questa posizione forse un po' anacronistica viene oggi superata dai concetti di circolarità, o meglio *ricorsività* degli eventi che sono strutturati in punteggiatura, e dal principio di *equifinalità* che riduce drasticamente l'importanza, secondo una logica deterministico lineare, di individuare necessariamente una causa prima dei fenomeni.

Sistemi disfunzionali

Alcuni Autori (Minuchin, 1978) hanno sostenuto la presenza di alcune modalità funzionali specifiche all'interno di sistemi patologici e/o disfunzionali, quali l'invischiamento, l'iperprotettività, la rigidità e le conflittualità irrisolte.

L'invischiamento secondo questi studi, fa sì che i cambiamenti su un componente del sistema o nel rapporto tra due membri si ripercuota rapidamente ed intimamente su tutto il sistema, attivando reazioni a catena di iperattenzione emotiva verso tutto ciò che accade in quel contesto. I confini in tale situazione appaiono deboli, scarsamente differenziati e spesso sovrapposti; questo causa sovente un mal funzionamento anche a livello sottosistemico, nel senso che la relazione tra i coniugi può ad

esempio essere subordinata al ruolo determinato dalle funzioni genitoriali: in questo esempio tale sovrapposizione risulta necessaria per il sistema per poter esercitare un adeguato controllo sul sottosistema figli. Un sistema invischiato è anche caratterizzato da scarsa differenziazione dei suoi membri, "... dove l'individuo si perde nel sistema, e dove si osserva un eccessivo stare insieme, un condividere tutto a tutti i costi...": i componenti della famiglia mantengono cioè un atteggiamento intrusivo nei confronti di pensieri e sentimenti, gli uni degli altri. Ovviamente questa eccessiva promiscuità psicologica si riflette su una più globale percezione, sempre poco definita e scarsamente differenziata che i componenti del sistema hanno per gli altri e per se stessi. Non si permette che questioni che possono rappresentare un potenziale cambiamento, come considerazioni sull'autonomia individuale, giungano ad un livello di visibilità tale da venire ascoltate, commentate ed elaborate.

L'iperprotettività è un altro indicatore che esprime l'eccessivo interesse che ciascun membro nutre per gli altri. Tale interesse non è circoscritto, come si potrebbe pensare, al paziente designato o all'area patologica, ma si estende a qualsiasi segno di insofferenza o malessere espresso all'interno del sistema. Queste generali caratteristiche sottolineano una diffusa ipersensibilità capace di sfociare in pericolosi livelli di tensione e conflittualità. E' interessante notare come l'atteggiamento di iperprotettività sia reciproco tra i membri, tanto che anche il figlio portatore del sintomo può essere investito della responsabilità e del ruolo di *protettore* della famiglia.

Il sintomo assume al ruolo di importante equilibratore sistemico: l'esperienza vissuta dal Pd di essere in grado di proteggere la famiglia mediante la sua malattia, può essere un potente rinforzo della malattia stessa, ed un elemento portante di un processo di condizionamento che si rinforza via via nel tempo. Le reazioni omeostatiche del sistema si esprimono anche attraverso una negazione sistematica della realtà, nel senso che anche in un contesto terapeutico tali famiglie generalmente si descrivono come normali ed escludono la presenza di qualsivoglia forma di problema, fatta eccezione per le riconosciute questioni di salute del Pd.

La rigidità di tali sistemi fa sì che ogni evento esterno sia recepito come una minaccia e possa aggravare i meccanismi disfunzionali e le già limitate strategie di equilibrio adottate per affrontare le situazioni adattive di tutti i giorni, come quelle più manifestamente problematiche.

Mentre la famiglia normale è in grado di accogliere in se stessa il disaccordo, in questi sistemi disfunzionali c'è una pressoché totale incapacità di ammettere apertamente il conflitto, tanto che i componenti si attivano per mantenere il conflitto ad un livello che possono padroneggiare, attraverso cambiamenti di posizione o strategie di distrazione.

Da parte del Pd gli autori hanno osservato la difficoltà del paziente a verbalizzare le proprie emozioni (*alexitimia*), non tanto come attributo caratteristico del soggetto quanto per un necessario adattamento del Pd alle caratteristiche dominanti delle famiglie disfunzionali psicosomatiche, che nel loro complesso agiscono l'evitamento del conflitto. L'esplicitazione chiara delle tensioni emotive, sempre vissuta minacciosamente specie se di tipo conflittuale, deve essere contenuta e impedita e mai esplicitata o verbalizzata, perché può esporre a rischi e a paure inaccettabili per la famiglia.

Il paziente si conforma integralmente alle caratteristiche funzionali del sistema. Se si osserva il versante analogico delle comunicazioni tra i membri, risulta una circolarità di informazioni, emozioni, affettività molto intense, come se tutto il corpo familiare e non solo quello del paziente, avessero imparato ad esprimersi soprattutto attraverso il linguaggio non verbale che diviene quindi il linguaggio, il mezzo di scambio, di intesa, di regolazione e trasmissione dominante in quel sistema. Il fenomeno di evitamento del conflitto può attuarsi almeno attraverso tre principali modalità che sono state identificate con la triangolazione, la coalizione genitore-bambino e la digressione.

In una famiglia disfunzionale di questo tipo può infatti accadere che un figlio portatore di sintomo vanga coinvolto nel conflitto genitoriale: i genitori incapaci di trattare e commentare direttamente l'uno con l'altro si alleano nel desiderio apparente di proteggere il figlio malato, in realtà evitando così di configgere direttamente tra loro; oppure il conflitto coniugale viene spostato sul livello genitoriale dove

l'attenzione verrà orientata sulle modalità di trattare il paziente designato (il figlio malato). Un'altra possibilità è rappresentata da un richiamo aperto verso il figlio a "prendere posizione", spostandosi dalla parte di un genitore o dell'altro. In tutti questi esempi appare evidente come il sintomo del Pd assuma la funzione di regolatore ed equilibratore interno del sistema, ed il figlio assuma anche il ruolo implicito di "attenuatore del conflitto familiare".

Le famiglie caratterizzate da disfunzionalità o patologia continuano ad attuare nel tempo queste sequenze transazionali, che mantengono a loro volta tutta la loro inadeguatezza, esprimendo una pressoché assoluta mancanza di flessibilità.

Un sistema disfunzionale dunque, spesso oscilla secondo parametri di instabilità ed esprime uno stato di sofferenza. Generalmente spende troppa energia per mantenere un equilibrio e raggiungere i suoi obiettivi. La sua omeodinamica, cioè le sue modalità tipiche di funzionamento, è limitata, stereotipata e difficilmente modificabile, ed è caratterizzata da una bassa soglia di risposta emotiva e da un alto livello di tensione. In un sistema di questo tipo il sintomo ci vuol comunicare qualcosa, trasmettendo un mondo di significati che dobbiamo saper esplorare e codificare entrando nella sua intima logica di senso e significato. Potremmo forse affermare che il suo *pseudo equilibrio* e le sue modalità organizzative sono l'espressione della migliore delle possibili soluzioni di cui è capace.

Un sistema con caratteristiche di organizzazione e funzionamento patologici e/o disfunzionali può presentarsi in ordine a livelli differenti di gravità e disadattamento. Alcuni autori si sono orientati verso lo studio di famiglie gravemente disfunzionali o che esprimevano attraverso il Pd, sintomatologie differenziate e complesse, mettendo in evidenza stili di comunicazione e di relazione ritenuti patologizzanti, cioè generatori di condizione psicopatologica. Un esempio importante è offerto dagli studi sulla *teoria del doppio legame*. In essa sono contenute considerazioni che descrivono la presenza di elementi paradossali nella comunicazione, che predisporrebbero, secondo gli autori, il sistema verso forme disfunzionali o patologiche.

Premettendo che il paradosso, per la teoria sistemica, è un enunciato dove coesistono delle realtà che si contraddicono, ma sempre a livelli logici diversi, dobbiamo specificare che la *comunicazione paradossale* deve agire all'interno di una relazione intensa e di alto valore di sopravvivenza fisica e/o psicologica per le persone coinvolte, nella quale cioè abbia un'importanza vitale il poter definire con precisione il messaggio che viene comunicato dall'altro così da poter rispondere in modo appropriato. In tale contesto viene dato un messaggio dove a) si asserisce qualcosa, b) si asserisce qualcosa sulla propria asserzione, c) queste due asserzioni si escludono a vicenda. Se il messaggio è un'ingiunzione, questa deve essere disobbedita per essere obbedita; il significato di tale messaggio è perciò di indecidibilità. Ogni ingiunzione comprende inoltre, implicitamente o esplicitamente, delle forme negative ed è quindi rinforzata da punizioni o minacce.

Il recettore di tale messaggio deve risultare incapace ad uscir fuori dallo schema stabilito dal messaggio stesso commentandolo, cioè metacomunicando su di esso, fuggendo o chiudendosi in se stesso, proprio per la relazione di importanza vitale in cui si trova. Questa situazione spesso si verifica quando viene proibito in modo più o meno evidente di mostrare una qualsiasi consapevolezza della contraddizione o del vero problema in questione. Una persona in tale situazione è quindi probabile che si veda punita (o almeno che le si faccia provare un senso di colpa) per aver avuto percezioni corrette, o che venga definita "cattiva" o "folle" per aver magari insinuato che esiste una discrepanza tra ciò che vede e ciò che dovrebbe vedere. (Watzlawick, 1971)

Il ricevente del messaggio, col tempo fa propria questa modalità di comunicazione ed impara a rispondere analogamente. Si rinforza e si struttura così un modello ben determinato di interazione improntato al circolo vizioso. Il doppio legame infatti non può essere un fenomeno unidirezionale, poiché produce un comportamento paradossale che "leggerà a doppio" i due interlocutori.

Vogliamo brevemente ricordare che originariamente l'idea del doppio legame era stata, per gli autori che se ne erano occupati (Bateson, Haley, 1956 - 1962), in gran parte frutto di un processo deduttivo:

date le caratteristiche della comunicazione schizofrenica – una confusione tra messaggio e metamessaggio – il paziente doveva essere cresciuto in un contesto di apprendimento che comportava sequenze formali nelle quali egli era costretto a rispondere a messaggi che generavano un paradosso di questo tipo (vedi: Verso una teoria della schizofrenia).

Dimostrato successivamente che il doppio legame non è condizione sufficiente per spiegare eziologicamente la schizofrenia, gli autori ne parlarono facendo riferimento a “...persone prese in un sistema che si autoperpetua e che produce definizioni contraddittorie delle relazioni e quindi un disagio soggettivo” (in Sluzki, Ransom, *Il Doppio Legame*, Casa Ed. Astrolabio, Roma, 1979, p.63).

Considerazioni conclusive

L’esperienza clinica suggerisce come l’intervento psicoterapeutico nei confronti di famiglie che presentano questi quadri di disfunzionalità, debba calibrarsi attraverso una modulazione appropriata che tenga conto della fragilità e della rigidità del sistema familiare. Come abbiamo detto gli aspetti difensivi del sistema, espressi attraverso l’indistinzione, l’invischiamento, l’iperprotettività e la rigidità, suggeriscono l’utilizzo di un approccio più duttile di tipo consenziente che permetta di non stimolare reazioni difensive omeostatiche da parte della famiglia, soprattutto di fronte ad organizzazioni non semplicemente problematiche o disfunzionali, ma fortemente patologiche.

Evidentemente queste necessità cliniche hanno imposto l’utilizzo di modelli di intervento non strategici e l’abbandono di approcci di tipo frontale, ovviamente inadeguati rispetto alle risorse del sistema e alle sue capacità di risposta ed elaborazione. Minuchin incoraggia il mondo terapeutico ad orientarsi verso un’ottica che veda la famiglia come un sistema di tipo sociale in continua trasformazione: “In questa prospettiva, molte più famiglie che intraprendono una terapia saranno considerate e trattate come famiglie normali che stanno attraversando un momento di transizione, quindi che soffrono le difficoltà legate al tentativo di adattarsi a nuove situazioni. Il termine ‘patologico’ sarà riservato alle famiglie che, sottoposte alla pressione del cambiamento, accrescono la rigidità dei loro modelli transazionali e dei loro confini, evitando od opponendo resistenza a qualsiasi ricerca di alternative. Se le famiglie sono normali, il terapeuta fa affidamento sulle risorse familiari come mezzi di trasformazione. Se le famiglie sono patologiche, il terapeuta deve diventare un attore all’interno del dramma familiare, entrando nelle coalizioni per sbilanciare il sistema e sviluppare un diverso livello di omeostasi”. (Minuchin, 1974)

Bibliografia

Ackerman N.W. [1966], *Treating the troubled family*, Basic Books, New York, Trad. It. *Patologia e Terapia della Vita Familiare*, Feltrinelli, Milano 1970.

Ackerman N.W. [1968], *The Psychodynamics of family life. Diagnosis and treatment of family relationships*, Basic Books, New York [1958], Trad. It. *Psicodinamica della vita familiare*, Bollati Boringhieri, Torino 1968.

Bateson G. [1969], *Doppio legame*, in Sluzki E., Ransom D.C., Astrolabio, Roma 1979.

Bateson G. [1972], *Steps to an ecology of mind*, Chandler Publishing Company. Trad. It. *Verso un’ecologia della mente*, Adelphi, Milano 1976.

Bateson G. [1979], *Mind and Nature. A necessary Unity*, Trad. It. *Mente e natura*, Adelphi, Milano 1984.

Bateson G., Jackson D.D., Haley J., Weakland J. [1956], *Toward a theory of schizophrenia*, in "Behaviour Sciences", 1, 4, Trad. it. in Cancrini L. (a cura di), *Verso una teoria della schizofrenia*, Boringhieri, Torino 1977.

Bogliolo C., *Approccio consenziente*. Seminario S.I.P.R., Firenze 25/02/1989.

Bogliolo C., *Ridefinizione o insinuazione? Ancora sulla psicoterapia consenziente*. Seminario SIPR, Firenze 17/02/1990.

Bogliolo C., Bacherini A.M. [1987], *Psicoterapie relazionali e relazioni croniche: il confine e l'obiettivo*, IN "Etruria Medica", 2, 159-170.

Bowen M. [1979], *Dalla famiglia all'individuo. La differenziazione del sé nel sistema familiare*, Astrolabio, Roma .

Bowen M. [1960], *A family concept of schizofrenia*, in Jackson D.D., *The etiology of schizofrenia*, Basic Books, New York, Trad. It. *Eziologia della schizofrenia*, Feltrinelli, Milano 1964.

Dell P.F.[1982], *Indagine sulle teorie familiari della schizofrenia, ovvero un esercizio sulla confusione epistemologica*, in " Terapia familiare", 11.

Haley J. [1963], *Strategies of psychotherapy*, Grune & Stratton, New York. Trad. It. *Le strategie della psicoterapia*, Sansoni, Firenze 1977.

Loriedo C., Vella G. [1976], *Il paradosso e il sistema familiare*, Bollati Boringhieri, 1989.

Minuchin S. [1974], *Families and family therapy*,. President and Fellows of Harvard College, Trad. It. *Famiglie e terapia della famiglia*, Astrolabio, Roma 1976.

Minuchin S., Rosman B.L., Baker L. [1978], *Famiglie psicosomatiche*, Astrolabio, Roma 1980.

Minuchin S., Fishman H.C. [1981], *Family therapy techniques*, President and Fellows of Harvard College, Trad. It. *Guida alle tecniche della terapia della famiglia*, Astrolabio, Roma 1982.

Selvini Palazzoli M. [1963], *L'anoressia mentale. Dalla terapia individuale alla terapia familiare*, Feltrinelli, Milano.

Selvini Palazzoli M., Boscolo L., Cecchin G., Prata G. [1975], *Paradosso e controparadosso. Un nuovo modello nella terapia della famiglia a transazione schizofrenica*, Feltrinelli, Milano.

Selvini Palazzoli M., Cirillo S., Selvini M., Sorrentino A. M. [1988], *I giochi psicotici nella famiglia*, Raffaello Cortina Editore, Milano.

Sluzki E., Ransom D.C. [1979], *Il doppio legame*, Astrolabio, Roma.

Watzlawick P., Beavin J. H., Jackson D.D. [1967], *Pragmatica della comunicazione umana*, Astrolabio, Roma 1971.

Whitaker C., Napier A. [1981], *Il crogiolo della famiglia*, Astrolabio, Roma.

Whitaker C. A., Bumberry W. M. [1989], *Danzando con la famiglia*, Astrolabio, Roma.

ANTONIO PULEGGIO

Psicologo, Psicoterapeuta e Mediatore Familiare, Vice Presidente della S.I.P.R. Società Italiana di Psicoterapia Relazionale, Dirigente ASL di Livorno, Didatta presso l'Istituto di Psicoterapia Relazionale di Lucca, Docente a contratto presso l'Università di Pisa.