

ratori cui è affidato il minore e di tutti gli altri che collaborano all'interno della rete. Questa riunione consente di concretizzare quella trasparenza che caratterizzerà tutto il lavoro, contrastando i meccanismi di scissione tra operatori "buoni" e "cattivi" che gli utenti potrebbero mettere in atto. L'incontro inaugura una prassi che continuerà per tutta la presa in carico, in cui il valutatore riceve dai colleghi che esercitano il controllo il materiale su cui lavorare, e questi ultimi a loro volta saranno informati di come procede la valutazione, in modo da poter prendere le proprie decisioni in merito a visite, contatti telefonici, permessi, rientri e così via.

5. Relazione al Tribunale. Contiene diagnosi e prognosi formulate dal servizio specialistico, su cui si dovranno fondare le decisioni della camera di consiglio in merito al progetto a medio termine sul bambino (in caso di prognosi positiva, rientro immediato in famiglia o passaggio in affidamento familiare nel tempo necessario al consolidamento del cambiamento dei genitori; in caso di prognosi negativa, avvio della procedura per l'adottabilità). Il servizio affidatario dovrà poter corroborare con dati di osservazione concreta (per esempio, andamento delle visite protette o dei rientri di prova in famiglia) le conclusioni dei colleghi. È fondamentale che la famiglia (bambini e adulti) conosca dettagliatamente il contenuto della relazione al giudice.

6. Terapia. Il servizio specialistico per gli adulti avrà acquisito, in caso di prognosi positiva, il consenso dei genitori a proseguire un trattamento che non sia più fondato esclusivamente sulla coazione. Diverse forme di terapia potranno essere previste: familiari, con adulti e bambini assieme, parallele (genitori da una parte e bambino dall'altra), e così via. Va sottolineato che i differenti formati saranno già stati sperimentati durante la valutazione, senza trascurare gli allargamenti alla famiglia d'origine di ciascuno dei due genitori. In caso di prognosi negativa, è necessario prevedere l'opportunità di un lavoro di accompagnamento al lutto: per il bambino, che deve separarsi senza sensi di colpa dal genitore per poter accettare di essere trapiantato in una nuova famiglia; per l'adulto, che deve integrare il limite di non saper assumere la genitorialità, per proseguire il proprio percorso di vita (talvolta anche con il sollievo di essere alleggerito di un compito superiore alle sue forze).

Non c'è chi non veda come questo modello organizzativo presenti enormi vantaggi rispetto a quello fondato sul ricorso a tappeto alle Consulenze tecniche d'ufficio, i cui limiti temporali

impongono forzatamente una rottura della relazione, professionale e umana, a utenti già assai fragili e che hanno conosciuto molteplici esperienze di perdita nella propria vita. Odette Masson (1996), una delle maggiori esperte internazionali nella clinica del maltrattamento, denuncia la "discontinuità delle cure" come il più grave maltrattamento istituzionale imposto ai genitori in gravi difficoltà.

#### Bibliografia

- Cirillo S., *Famiglie in crisi e affidamento familiare*, La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1986.  
Cirillo S., *Cattivi genitori*, Raffaello Cortina, Milano, 2005.  
Cirillo S., Di Blasio P., *La famiglia maltrattante*, Raffaello Cortina, Milano, 1989.  
Fava Vizziello G., Colucci R., Disdan G., *Genitori psicotici*, Bollati Boringhieri, Torino, 1991.  
Masson O., "Heurs et malheurs des interventions médico-sociales", *Thérapie Familiale*, vol.17, 1, 1996, pp. 31-45.  
Soulé M., Noel J., Bouchard F., *L'affidamento familiare. Tecniche e prospettive*, Armando, Roma 1971.

## Conflittualità e cura della genitorialità

Marina Rognoni \*

Psicologa psicoterapeuta

I comuni di Rozzano, Locate Triulzi, Opera e Basiglio, con la collaborazione del CbM di Milano, nell'anno 2003 hanno attuato un innovativo progetto di servizi per le famiglie ed i minori.

L'articolazione dei servizi ha previsto la connotazione di diverse equipe: sei composte da psicologo e da assistente sociale, dislocate sul territorio, quindi di primo livello, denominate "equipe territoriali"; una, composta da terapisti familiari e assistenti sociali, di secondo livello, denominata "equipe centrale".

In questo quadro organizzativo, l'equipe territoriale nella fase di rilevazione focalizza l'attenzione nei confronti di minori che subiscono maltrattamenti; quindi ha la possibilità di scegliere, a seconda dei casi, la forma più adeguata di protezione dei minori e di coinvolgimento dei genitori, fino ad arrivare alla segnalazione all'autorità giudiziaria della situazione della famiglia in difficoltà. Dopo una prima fase di rilevazione e di coinvolgimento diretto della famiglia, l'equipe territoriale può decidere di inoltrare una segnalazione alla Magistratura minorile, perché venga prescritta una diagnosi delle relazioni familiari sulle cause del maltrattamento e sulle possibilità di recupero della famiglia.

All'equipe centrale di valutazione e trattamento compete la fase della prognosi, che può essere positiva relativamente alla recuperabilità delle competenze genitoriali e della relazio-

ne genitori e figli; viceversa, può essere una prognosi negativa della recuperabilità delle competenze genitoriali, che comporta quindi un'irrecuperabilità della relazione genitori e figli.

Agli operatori dell'equipe centrale, composta, come si diceva, da un'assistente sociale e due psicoterapisti familiari, viene inviata dai colleghi dell'equipe territoriale la situazione di una coppia, Carla e Michele, con un mandato del Tribunale per Minorenni, perché venga controllata e sostenuta la situazione dei minori e dei genitori, fornendo a questi ultimi un supporto finalizzato alla chiarificazione della loro vicenda di coppia e ad un migliore esercizio della genitorialità.

I terapisti familiari, nel trattamento della coppia genitoriale, focalizzano sostanzialmente il proprio intervento sulla recuperabilità delle competenze genitoriali, che paiono relativamente compromesse da un legame conflittuale e dalla difficoltà dei singoli di accedere a modalità relazionali più integrate ed evolute.

Il ruolo dell'assistente sociale dell'equipe centrale si declina a più livelli, come un coordinamento volto a mantenere una rete di interventi che incrementino i fattori protettivi messi in atto a favore dei minori dall'equipe territoriale, come controllo e sostegno nei confronti dei genitori che possono sentirsi affiancati nel momento in cui devono cercare strategie e modalità

diverse per esercitare una genitorialità più adeguata e condivisa, come un importante riscontro di dati di realtà da utilizzare nelle sedute terapeutiche.

## IL CASO DI CARLA E MICHELE

Carla e Michele si conoscono, si frequentano, hanno una relazione. Carla rimane incinta; nonostante Michele abbia dei dubbi sulla paternità, decide di riconoscere il bambino, di lasciare la fidanzata precedente, e di vivere con Carla. Dopo la nascita di Giorgio, Carla e Michele si sposano. Nell'arco di cinque anni, la coppia avrà altri tre figli: Luca, Anna e Sandra; litigi, momenti di crisi, riappacificazioni contraddistinguono la relazione tra Carla e Michele. Carla è gelosa e vede Michele interessarsi ad altre donne. Michele imputa a Carla una gestione dei soldi non chiara, ad esempio l'emissione di assegni non coperti e la frequente richiesta di finanziamenti per acquistare beni, senza però che i debiti riescano a essere estinti.

In questo quadro relazionale, i coniugi hanno motivi per muoversi continue accuse e recriminazioni reciproche. Lui accusa lei di sperperare ingenti somme di denaro; lei fa continue promesse di risarcimento economico che, però, non vengono rispettate; lei lo accusa di tradirla, in particolare con una delle sue amiche; lui nega qualsiasi relazione e, d'altra parte, le assicura di troncane le sue amicizie femminili, senza però che questa promessa venga mantenuta.

Le nascite ravvicinate dei figli e le necessità legate al loro accudimento impongono ai coniugi una modalità cooperativa che si limita però ad assolvere i compiti pratici e gestionali, mentre la relazione tra Carla e Michele rimane connotata da una forte imprevedibilità e dalla possibilità che esplodano liti furiose, distanziamenti e riappacificazioni.

I bambini crescono in un contesto relazionale in cui la conflittualità rimane accesa e forte. Quando la figlia minore Sandra ha poco più di un anno, Carla e Michele decidono di separarsi; è Michele che chiede e ottiene l'affidamento esclusivo dei figli. Tuttavia, Carla continua a vivere con i figli e con il coniuge, adducendo come ragione l'indispensabilità della sua presenza per garantire un'efficiente gestione dei figli. Alla separazione seguirà, rispettando i tempi giudiziari, il divorzio, ma la situazione all'interno della famiglia non viene modificata. Carla e Michele abitano nella stessa casa con i quattro figli. Le modalità aggressive e controllanti di Carla si dirigono e si rivolgono ancora nei confronti dell'ex marito e Michele è ancora rivendicativo e aggressivo, ma anche richiedente verso l'ex moglie.

La famiglia R\*\*\* viene inviata al Servizio famiglia e minori nel momento in cui, a distanza di due anni dal divorzio, si verificano episodi di violenza che coinvolgono gli adulti, e i bambini iniziano a manifestare nell'ambito sociale segni di sofferenza.

Preso atto della differenza di ingaggio evidenziatasi nella coppia genitoriale, dove la mamma appare più diffidente nei confronti degli operatori, mentre il padre dimostra una maggiore collaboratività, si prospetta un intervento di sostegno alla genitorialità, che primariamente tenda a chiarire la realtà o meno dell'essere coppia di Carla e Michele.

Il lavoro con i genitori, infatti, viene complicato da continui spostamenti e rinvii delle sedute da parte di Carla, la quale si giustifica con impegni di lavoro, secondo il suo ex marito inventati.

Michele invece si presenta puntuale alle convocazioni dell'equipe, spesso però utilizzando le sedute come momenti per denunciare le inadeguatezze e l'inaffidabilità dell'ex moglie.

In una prima fase della valutazione, Carla esprime direttamente il desiderio di provare a riconquistare la fiducia dell'ex marito e di tornare a essere una coppia. Promette di non mentirgli più riguardo alla gestione dei soldi della famiglia e chiede a Michele rassicurazioni rispetto alla conclusione di suoi rapporti extra-coniugali. Michele, dal canto suo, si dice d'accordo sul concedere un'ulteriore possibilità al loro legame, "soprattutto per il bene dei bambini", anche se con molte riserve.

In una fase successiva, a fronte di comportamenti inadeguati di Carla relativamente alla gestione del denaro, e, dall'altra parte, al perdurare delle relazioni di Michele, si può constatare come il clima di sfiducia reciproca e di rivendicazioni rabbiose ritorni a essere tangibile.

Entrambi, in conseguenza di ciò, affermano di volersi definitivamente separare, ma che non possono concretamente farlo per problemi economici, logistici e organizzativi per la gestione dei bambini. Reciprocamente si riconoscono una sostanziale adeguatezza genitoriale che, però, viene contaminata dal permanere dell'atmosfera conflittuale.

Ciò che emerge chiaramente sembra essere l'ineluttabilità di questa situazione di conflitto coniugale e di convivenza forzata: le necessità organizzative quotidiane (orari dei bambini, scarse risorse economiche, mancanza di un'auto, lavoro lontano da casa) appaiono ai loro occhi come gestibili solamente se la convivenza continua o se l'altro si attiva per andare via di casa, trovarsi

un lavoro, recuperare un'auto. Questa aspettativa reciproca che sia l'altro a cambiare lascia però, di fatto, la situazione inalterata da lungo tempo, in una dinamica di accesa conflittualità, in cui le difficoltà di gestione concreta della casa e dei figli coprono l'impossibilità da parte di entrambi di cessare la dinamica in atto che pare essere funzionale a regolare la distanza emotiva tra i due.

In questa situazione, i bisogni dei bambini vengono riconosciuti solo come "prova" a testimonianza dell'insostenibilità di questo conflitto ma, di fatto, nessuno dei due genitori riesce ad attivarsi per portare avanti i necessari cambiamenti, per distanziarsi dall'altro e costruire un contesto di crescita più sereno per i figli.

Si assiste quindi, anche durante il trattamento, al reiterarsi di una modalità relazionale connotata da momenti di crisi, litigi, riappacificazioni, che paiono ineluttabili.

Tale situazione ci interpella come una delle tante forme di conflittualità coniugale, nella quale le competenze genitoriali non paiono del tutto compromesse, nonostante il conflitto tra adulti tocchi punte molto aspre.

Le figure genitoriali, pur contrapponendosi spesso in un contenzioso sterile e senza soluzioni, alternando momenti di quiete ad altri di forte tensione, mantengono un'attenzione verso le esigenze dei figli, senza però essere in grado di operare affinché i bisogni dei minori si impongano sulle situazioni contingenti e per controllare l'esplosività legata all'impulsività degli adulti.

Ci si domanda e si vuole riflettere su quale potrebbe essere un'ipotesi di trattamento in situazioni di conflittualità cronicizzata; come operatori nel campo della tutela, ci riferiamo all'impostazione teorica secondo la quale con un genitore trascurante e/o maltrattante occorre, per così dire, avere presente una duplice angolazione:

- un asse verticale, che attinge e fa riferimento alla storia infantile (e adolescenziale) dei genitori inadeguati e che ci porta a constatare come, in assenza a volte quasi totale di fattori protettivi, la loro storia infantile e adolescenziale sia costellata di carenze, traumi e umiliazioni ripetute, situazioni che portano i soggetti a staccarsi precocemente e drammaticamente dalle figure di accudimento;

### Note

\* Consulente del Cbm (Centro per il bambino maltrattato e la cura della crisi familiare di Milano), membro dell'Equipe centrale di valutazione e trattamento dei Comuni di Rozzano, Locate, Opera e Basiglio.

Le riflessioni esposte sono state effettuate con le colleghe Enza Apicella, Michela Pardon ed Erica Moretti.

- un asse orizzontale, che è costituito sostanzialmente dalle attese riparative e specifiche di cui è investita la relazione con il partner.

Il presupposto teorico, quindi, al quale ci riferiamo è quello che tiene in considerazione che, per cercare di comprendere la realtà di un genitore non adeguato, occorre:

- da una parte, tenere in conto le modalità in cui sono stati vissuti i rapporti infantili significativi;
- dall'altra, le attese riparative di cui è investito il vincolo relazionale con il partner nella vita adulta.

Il punto di congiunzione di questi due assi, per così dire, è la realtà sofferente della persona e della coppia genitoriale, con la quale noi terapeuti veniamo in contatto, e che impedisce a questa di tutelare, sostenere e investire adeguatamente sui loro figli.

Cisiamochiestise potesse essere utile approfondire lo studio della personalità, con le modalità e gli stili di attaccamento interconnessi, per adottare strategie terapeutiche differenti a seconda degli incastri di coppia riscontrati.

Carla e Michele, come altre coppie trattate nel Servizio Famiglia e minori del Consorzio di Comuni dell'hinterland milanese, ci sono parse rappresentative di un funzionamento *border*;<sup>1</sup> ci è parso stimolante interrogarci rispetto a quelle che potevano essere le linee guida che hanno ispirato il trattamento, avendo come obiettivo una prognosi favorevole relativamente al miglioramento delle competenze genitoriali. Soprattutto le coppie con entrambi i coniugi *border* ci hanno fatto riflettere rispetto alla difficile presa in carico e alla conseguente e spesso plateale non trattabilità. Tutti gli attaccamenti disorganizzati ci indirizzano verso personalità non integrate, e quindi tipicamente *border*.

Abbiamo potuto vedere come la coppia genitoriale, a fronte di misure protettive adottate nei confronti dei figli, tenda, in un primo momento, a mostrarsi negante rispetto al danno inflitto ai figli, per ricompattarsi successivamente e, in seguito, esprimere un riconoscimento (magari parziale) del maltrattamento o della trascuratezza, ma solo in quanto attribuibile, come responsabilità, alle condotte del partner.

L'evidente stato di precarietà e di disequilibrio emotivo dei pazienti ci ha portato ad affrontare le sedute congiunte adottando una strategia d'intervento che cercasse di ristrutturare le difese di negazione e di proiezione, puntando sul tentativo di abbattere il misconoscimento di aspetti anche individuali di patologia e di deficit, che ritenevamo aver consentito il perpetuarsi del dramma

del maltrattamento o della grave trascuratezza agita nei confronti dei figli.

Ma a fronte di parziali ammissioni di responsabilità o di riconoscimenti di difficoltà personali e/o relazionali con il partner, ci si è comunque molto spesso trovati davanti a un evidente ricompattarsi della coppia e della sua patologia relazionale e, quindi, del mantenimento delle caratteristiche patologiche che avevano contribuito a determinare da parte dei servizi l'attuazione di misure di protezione nei confronti dei figli.

La relazione terapeutica e il transfert con tali pazienti si sono configurati come molto intensi e coinvolgenti. Questi pazienti, infatti, in momenti iniziali e precoci si possono aprire a rivelazioni personali molto crude e pesanti, per divenire imprevedibilmente accusatori e inaspettatamente minacciosi nei confronti del terapeuta, riproponendo peraltro in seduta, all'interno di queste oscillazioni, un ricompattarsi della coppia e quindi, di fatto, facendo sperimentare un'impotenza nella relazione terapeutica che porta alla chiusura del rapporto e, quindi, alla valutazione negativa.

La disregolazione emotiva e la non integrazione di ruoli e di polarità opposti, e il deficit nella gerarchizzazione, rendono infatti ostica la relazione terapeutica, riproponendo il tema fondamentale del nucleo della scissione di tali pazienti; essi, infatti, si percepiscono vittime di una violenza ingiustificata e portatori, al contempo, di una parte di ragione e che, pertanto, possono assumere condotte difensive di stampo impulsivo.

Ci domandiamo perciò se, con incastri di coppia di stampo *border/border*, la linea guida all'interno della relazione terapeutica non debba essere quella del contenimento e della stabilizzazione dei vissuti, proposti però all'interno della coppia; tale azione dovrebbe favorire sia un ordine mentale e un'integrazione, sia il tentativo di ridimensionare quella che può essere percepita come un'azione aggressiva o di attacco al legame da parte del terapeuta, legame pur visto e riconosciuto dai soggetti come disperante e non in grado di dare spazio a investimenti vitali, ma comunque vissuto come irrinunciabile.

Le sedute congiunte con tali pazienti possono favorire scambi aggressivi, rivendicativi e accusatori, ma l'azione terapeutica può essere volta a dare una legittimazione alla coppia che, all'interno della modalità relazionale in atto, ripropone il modello di attaccamento interiorizzato da entrambi; modello che porta a essere insieme spaventati ed eccitati dall'altro, perchè così ci si può sentire contemporaneamente car-

nefice, vittima e salvatore, nell'impossibilità desiderata e temuta di integrare coerentemente i diversi vissuti.

Tentiamo quindi di tracciare un'ipotesi di intervento articolata in tre fasi.

1. Una prima fase nella quale la coppia, a nostro parere, dovrebbe essere trattata come se, paradossalmente, fosse un unico individuo *border*; il terapeuta, nel ruolo "dell'altro" o di terzo che contiene e legittima la coppia, tenta di creare con questa una buona alleanza terapeutica, cercando di fare in modo che la coppia stessa non senta il bisogno di difendere il legame e, quindi, di mettere in atto degli agiti contro la terapia.

È importante, però, che anche in questa fase non si perda di vista il nostro ruolo di valutatori delle competenze genitoriali; sarà quindi necessario tenere fermo e fare presente che, se la modalità relazionale in atto può essere funzionale agli adulti, non permette però ai figli di vivere in una situazione che garantisca sicurezza e benessere.

In tal senso, nella nostra impostazione, è particolarmente utile la presenza, nella prima seduta di rete, del servizio territoriale inviante, che indica, alla presenza della famiglia e degli operatori, quali siano stati i segnali di sofferenza e di malessere evidenziati dai bambini e come questi sono connessi con le caratteristiche della relazione con i genitori.

Il compito dei terapeuti dell'equipe centrale dovrà quindi far emergere la necessità di garantire ai figli uno spazio psicologico all'interno del quale possano essere riconosciuti i loro bisogni e le loro esigenze.

2. Ottenuta l'alleanza terapeutica, in una seconda fase, si potrà lavorare sul "confronto rispecchiamento" tra i due componenti della coppia, affrontando il nucleo tematico legato al vantaggio ora temuto ora negato ora ricercato che la relazione offre alla diade. In questa fase, si potranno iniziare a utilizzare i cosiddetti formati a scacchiera; si potranno cioè invitare in seduta alcuni componenti della famiglia di origine, ipotizzando perciò formati familiari che possano dare ragione, con opportune connessioni, del funzionamento personale che rimanda alle tre polarità del triangolo drammatico (vittima-carnefice-salvatore).

3. Una terza fase in cui si potrà effettuare una *tranche* del percorso terapeutico sul senso di vuoto che il paziente *border* percepisce nel momento in cui non è più messa in atto la parte eccitatoria; questa situazione dovrebbe essere affrontata all'interno della coppia, cercando di far emergere la possibilità che i partner reciprocamente possano

compensare il senso di vuoto legato al tema abbandonico presente e tipico del quadro della personalità *border*.

La conflittualità irrisolta, come diversi autori hanno evidenziato, è in quanto tale fonte di pregiudizio per il minore, interesse primario è quindi che venga opportunamente affrontata, con l'obiettivo di limitare per i figli i danni causati dall'esposizione a situazioni di violenza assistita, ma anche per interrompere la catena di relazioni di attaccamento patologiche.

La teoria dell'attaccamento ha messo in evidenza come le forme d'amore ottimali e quelle problematiche sono frutto di un adattamento a circostanze specifiche, la Ainsworth (1982) ha indicato che le caratteristiche specifiche della relazione genitori e figli sono anche uno dei fattori che determinano gli stili di attaccamento di coppia negli adulti.

L'ipotesi di strategia terapeutica che proponiamo alla riflessione e che vorremmo cercare di attuare, verificandone la percorribilità, tenta di fornire a persone chiuse drammaticamente in una situazione di grande sofferenza personale e relazionale l'opportunità di sperimentare una realtà dei legami affettivi non così disperante come quella che ha connotato la loro vita e che rischia di connotare quella dei figli.

#### Bibliografia

- Ainsworth M. D. S. (1982), "Attachment: Retrospected and prospect", in Parkes C. M., Stevenson-Hinde J. (a cura di), *The Place of Attachment in Human Behaviour*, Basic Books New York.
- Ainsworth M. D. S., Bowlby J. (1991), "An ethological approach to personality development", *American Psychologist*, 46, pp. 331-341.
- Attili G. (2001), "Le emozioni e lo sviluppo affettivo", in Fonzi A. (a cura di), *Manuale di psicologia dello sviluppo*, Giunti, Firenze.
- Bertotti T., De Ambrogio U. (2003), "La valutazione nelle indagini sociali", *Prospettive Sociali e Sanitarie*, 2, pp. 69-88.
- Canevaro A. (1999), "Nec sine te nec tecum vivere possum", in Andolfi M. (a cura di), *La crisi della coppia*, Raffaello Cortina, Milano, pp. 259-281.
- Cirillo S. (1996), "Il trattamento della famiglia violenta e la trasformazione di un terapeuta sistemico", in Andolfi M. et al. (a cura di), *Sentimenti e sistemi*, Raffaello Cortina, Milano, pp. 267-279.
- Cirillo S. (2005), *Cattivi genitori*, Raffaello Cortina, Milano.
- Cirillo S., Di Blasio P. (1989), *La famiglia maltrattante*, Raffaello Cortina, Milano.
- Di Blasio P. (2005) (a cura di), *Tra rischio e protezione*, Unicopli, Milano.
- Ghezzi D., Vadiolonga F. (a cura di), *La tutela del minore. Protezione dei bambini e funzione genitoriale*, Raffaello Cortina, Milano.
- Malagoli Togliatti M., Angrisani P., Barone M. (2000), *La psicoterapia con la coppia*, Franco Angeli, Milano.
- Selvini M., "Tecniche di presa in carico di un paziente non richiedente", *Terapia Familiare*, 73, pp. 5-33.
- Selvini M. (2004), *Reinventare la psicoterapia*, Raffaello Cortina, Milano.

#### Note

La personalità con funzionamento *border* è caratterizzata da una forte instabilità emotiva, quindi con possibilità che vengano messi atto agiti impulsivi e aggressivi nei confronti dell'altro, percepito ora come alleato ora come nemico.

# Compagni di viaggio. Lavorare con le coppie

Evita Cassoni, \* Simone Filippi \*\*

Da più di dieci anni lavoriamo insieme, occupandoci di coppie. Nel tempo le richieste si sono molto modificate e, cambiando, hanno cambiato il nostro modo di rispondere. Possiamo dire, in estrema sintesi, che siamo passati da una domanda generale di "terapia" a richieste più differenziate, che prevedevano livelli differenziati di intervento. Il Centro di Psicologia e Analisi Transazionale di Milano, dove lavoriamo entrambi, ha dedicato alle coppie un Servizio, del quale siamo i responsabili, che offre possibilità di fare, insieme ai soggetti interessati, progetti preventivi, lavori di *counselling* e percorsi di terapia. Insieme alla flessibilità di intervento legata alle specifiche richieste e ai contratti di lavoro possibili con ciascuna coppia, abbiamo pensato di lavorare con *setting* diversi: *setting* "a quattro", con una coppia e due coterapeuti, e *setting* di gruppo, con un numero limitato di coppie.

Il *setting* di gruppo, in particolare, è una delle specificità dell'analisi transazionale. Di queste possibilità e dei modi di realizzarle parleremo nel dettaglio più avanti. Qui desideriamo fare una considerazione più generale sulla coppia del nostro tempo.

Una coppia che mostra anche una sofferenza sociale: la sua condizione di migrante, almeno per quel che riguarda la cultura occidentale dei nostri luoghi e del nostro tempo. Un migrare da una condizione certa e strutturata a un'altra condizione, destrutturata e quindi incerta. Ci sembra che questa condizione giustifichi l'aumento di richieste anche per livelli di malessere non così gravi da pensare a una "psicoterapia".

Quella del nostro tempo è una coppia che autogiustifica la propria esistenza e quindi necessita di una cura e un'attenzione maggiori rispetto a quando godeva del sostegno istituzionale all'esistenza. Oggi che non è più sostenuta dal vincolo istituzionale, religioso e giuridico, esiste solo in quanto legame e vive in funzione della profondità dell'affetto.

In questo senso, consideriamo

attuale e necessario lavorare con le persone e con le coppie pensando agli aspetti collettivi e chiederci come un comportamento, una reazione emotiva, un'immagine di sé e dell'altro sono collegati e ritrovano senso nella relazione tra questa persona e l'ambiente in cui vive. Vogliamo cominciare con il descrivere l'immagine che abbiamo oggi della coppia, dopo le esperienze e i confronti degli anni di lavoro insieme.

Partiremo dagli aspetti strutturali e descriveremo poi alcuni aspetti funzionali.

## LA COPPIA, DELICATO OGGETTO DI LAVORO

Quindi, com'è fatta secondo noi una coppia?

La pensiamo come un sistema relazionale creato da due soggetti, individuato rispetto all'ambiente esterno. Per descriverne la struttura, riprendiamo il diagramma del gruppo come Berne lo ha pensato (Berne, 1963), continuando le riflessioni sul campo relazionale di K. Levin e sulle dinamiche della vita di un gruppo descritte da W. Bion.

Berne parla di un confine esterno che delimita lo spazio vitale del gruppo dall'ambiente circostante, di un confine interno maggiore che, dentro lo spazio/campo del gruppo, delimita l'area della *leadership*, e di vari confini interni minori che definiscono i campi di ciascun membro (tavola 1).

Aggiunge ancora Berne, che le energie vitali del gruppo si impegnano intorno a ciascuno di questi confini e, in particolare, intorno al confine esterno per le dinamiche relazionali con l'ambiente esterno, intorno al confine interno maggiore per le dinamiche tra membri

#### Note

\* Medico, pediatra, psicoterapeuta, didatta Eata e Itaa, lavora al Centro di Psicologia e Analisi Transazionale di Milano, dove è anche condirettore della Scuola di specializzazione in Psicoterapia.

\*\* Psicologo, psicoterapeuta, lavora al Centro di Psicologia e Analisi Transazionale di Milano, dove è anche docente della Scuola di specializzazione in Psicoterapia; è consulente presso l'Ospedale San Carlo, Milano.