

The intervention with the families: take care of their parental suitability, or of their demand?

Viviana Bonavita**, *Filomena Brescia**, *Agostino Carbone**, *Claudio Gasparri**, *Donatella Girardi, *Silvia Policelli***, *Federica Rastelli**, *Francesca Reale**, *Simona Sacchi**, *Valentina Terenzi**, *Renzo Carli******

Abstract

The article develops a reflection on the models of psychological intervention directed to the family and relationships that constitute it. The introduction highlights the criticality of orthopedic interventions aimed at strengthening the organization of family through expected roles and conformist cliché constructed by common sense. A dynamic seductive for those professionals with low power, as the helping professions, who find their own power prescribing the right behavior in the name of values and skills to own (eg. parenting skills, love, comprehension).

The cases, reported situations where the sadist act to evaluate the ability to be good parent is replaced by the ability to develop a clients' problems that are faced with (adoption, evaluation, development of the parent child, homoparenthood) when the foreignness is denied.

Keywords: parents' suitability; adoption; adolescence; same-sex parented families; neonatal intensive care unit.

* Specialized at SPS Specialization School in Psychoanalytic Psychotherapy. Clinical Psychological Intervention and Analysis of the demand. Rome.

** specializing students at SPS.

*** Past Full Professor of Clinical Psychology at the faculty of Psychology 1 of the University "Sapienza" in Rome, Member of the Italian Psychoanalytic Society and of the International Psychoanalytical Association, Director of *Rivista di Psicologia Clinica* (Journal of Clinical Psychology) and of *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica* (Cahiers of the Journal of Clinical Psychology), Director of the Specializing Course in Psychoanalytic Psychotherapy – Psychological Clinical Intervention and Analysis of Demand.

Bonavita, V., Brescia, F., Carbone, A., Gasparri, C., Girardi, D., Policelli, S. ... Carli, R. (2014). L'intervento con le famiglie: ci occupiamo della loro idoneità genitoriale, o della loro domanda? [The intervention with the families: take care of their parental suitability, or of their demand?]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 36-49. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/quaderni>

L'intervento con le famiglie: ci occupiamo della loro idoneità genitoriale, o della loro domanda?

Viviana Bonavita*, Filomena Brescia*, Agostino Carbone*, Claudio Gasparri*, Donatella Girardi**, Silvia Policelli**, Federica Rastelli*, Francesca Reale*, Simona Sacchi*, Valentina Terenzi*, Renzo Carli***

Abstract

L'articolo sviluppa una riflessione sui modelli dell'intervento psicologico rivolto alla famiglia e alle relazioni che la definiscono. In premessa vengono evidenziate le criticità degli interventi ortopedici rivolti a rinforzare l'organizzazione familiare su ruoli attesi e cliché conformisti costruiti entro il senso comune. Una dinamica definita seducente per quelle professionalità a scarso potere decisionale, come le professioni di aiuto, che si destreggiano ad agire il proprio potere prescrivendo comportamenti in nome di valori e competenze pretese (ad es. le competenze genitoriali quali l'amore incondizionato per i figli, la comprensione, ecc.).

I casi riportati, presentano situazioni in cui il valutare le capacità di educare e amare la prole è sostituita dalla capacità dello psicologo clinico di sviluppare una committenza con i problemi che genitori, attuali o potenziali, si trovano ad affrontare (adozione, valutazione, procreazione, omogenitorialità) nel momento in cui l'estraneità è negata.

Parole chiave: idoneità genitoriale; adozioni; adolescenza; famiglie omogenitoriali; terapia intensiva neonatale.

* specialisti SPS Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Psicoanalitica. Intervento Psicologico Clinico e Analisi della Domanda, Roma.

** specializzande SPS.

*** Già professore ordinario di Psicologia clinica presso la Facoltà di Psicologia1 dell'Università "Sapienza" di Roma, membro della Società Psicoanalitica Italiana e dell'International Psychoanalytical Association. Direttore della Rivista di Psicologia Clinica e della Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Psicoanalitica-Intervento psicologico clinico e analisi della domanda.

Bonavita, V., Brescia, F., Carbone, A., Gasparri, C., Girardi, D., Policelli, S. ... Carli, R. (2014). L'intervento con le famiglie: ci occupiamo della loro idoneità genitoriale, o della loro domanda? [The intervention with the families: take care of their parental suitability, or of their demand?]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 36-49. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/quaderni>

Premessa¹

L'intervento con le famiglie e la psicologia della relazione

Da tempo stiamo sottolineando una profonda differenza di funzione, nell'ambito della psicologia clinica: una differenza che vede contrapposti da un lato l'intervento psicologico clinico, attento alla relazione tra persone e alla domanda delle persone stesse nei confronti dello psicologo; dall'altro la diagnosi psicologica, orientata all'individuazione di caratteristiche individuali problematiche e alla psicoterapia del singolo individuo al quale gli stessi problemi vengono acriticamente riferiti. Come se esistessero singoli individui problematici, caratterizzati da specificità psicopatologiche, indipendentemente dalle relazioni entro le quali conducono la loro vita.

Perché è difficile, per gli psicologi, comprendere la rilevanza della relazione quale oggetto del proprio lavoro, del proprio intervento?

Vediamo di dare una risposta a questo interrogativo. Il caso della "genitorialità", quale oggetto di diagnosi e di intervento volto a "togliere" i figli ai genitori non adatti alla funzione genitoriale, è emblematico al proposito.

La diagnosi di idoneità alla genitorialità conferisce al "diagnosta" un potere enorme nei confronti dei genitori "diagnosticati"; questi ultimi, infatti, rischiano di perdere la possibilità di convivere con i propri figli e vedono profilarsi, all'orizzonte della loro vita, l'invio di questi ultimi in case famiglia o in adozione, sulla base del responso diagnostico.

Non è il diagnosta a decidere circa l'allontanamento dei figli, lo sappiamo bene, ma il magistrato. Un magistrato che, per la sua decisione, utilizza peraltro i dati che gli sono forniti da psicologi e assistenti sociali.

Ci sono, evidentemente, casi ove l'allontanamento dei figli è auspicabile. Casi ove l'inadeguatezza dei genitori al proprio ruolo è evidente e per certi versi sconcertante.

Si tratta, è importante sottolinearlo, di casi limite; di casi che interessano più la comunità di convivenza e le forze dell'ordine che gli psicologi o gli assistenti sociali. Stiamo assistendo, di contro, a un diffondersi preoccupante di situazioni ove il potere degli operatori sociali nei confronti di decisioni circa l'idoneità genitoriale, assume connotazioni minaccianti, persecutorie. Soprattutto se si tiene presente che l'indagine circa le capacità genitoriali, e la diagnosi conseguente, sono rivolte, nella maggior parte dei casi, a famiglie di classe sociale e culturale medio bassa, in una confusione tra fattori personologici dei genitori e dinamiche problematiche del contesto economico e culturale entro il quale vive la famiglia in questione. Un tempo si diceva che assistenti sociali e psicologi appartenevano a una categoria professionale riassunta nella dizione "professioni di aiuto". Con la tematica della genitorialità, la professione di aiuto si sta trasformando, attraverso la diagnosi e il responso circa l'idoneità a crescere i figli, in una professione da temere e dalla quale dipendere, spesso in modo angoscioso. Interessante notare come le due componenti, per certi versi scontate, della "genitorialità" siano l'amore per i figli e la capacità di porre delle norme nella loro crescita. Essere genitori, in quest'ottica di analisi, significa porre dei limiti alla potenziale onnipotenza del bambino. La "severità", quale componente della genitorialità, non è così scontata come l'amare il figlio. Ed è la dimensione più facile da "diagnosticare", mettendone in evidenza carenze colpevoli. La valutazione della genitorialità, di conseguenza, comporta una accentuazione della componente normativa nei genitori sotto esame; con conseguenze, spesso, molto problematiche entro la relazione tra genitori e figli. L'indagine sulla idoneità genitoriale, quindi, non è senza conseguenze; conseguenze che si riflettono in modo, a volte, fortemente destabilizzante, entro la relazione familiare. La genitorialità, come spesso succede entro la psicologia clinica, da dimensione intuitiva e propria del senso comune si fa dimensione reificata, misurabile e rilevabile tramite strumenti "scientifici", che conferiscono potere enorme a chi è legittimato ad utilizzarli. Professionisti senza ruolo sociale e con basso potere possono, così, aspirare a un potere elevato e ad evocare dipendenza nella povera gente che capita loro a tiro. Lo psicologo che valuta la genitorialità nei singoli genitori collude con la visione individualista del magistrato, propria della sua funzione e della cultura giuridica che la sostanzia, basata su uno stretto modello individualista.

Guardare alle relazioni, d'altro canto, può comportare per lo psicologo nuove funzioni entro il sistema sociale. Nelle esperienze presentate in questo lavoro collettaneo, il lettore potrà trovare esempi significativi

¹ A cura di Renzo Carli.

della funzione psicologica e del suo possibile sviluppo, quando a sostenerla professionalmente c'è la competenza a trattare con le relazioni e non con singoli individui. Si vedrà che l'attenzione alle relazioni pone interrogativi, più che dare risposte a problemi; apre a soluzioni innovative, imprevedute, invece di costringere entro un preteso e santificato conformismo. Da contrappunto al lavoro attento alla relazione si può, in alcuni casi, intravedere l'intervento di altri professionisti della psicologia, fatto di buoni consigli, di pareri preoccupati, di prescrizioni comportamentali inutili e scontate. Già, perché gli psicologi, spesso, non si chiedono i motivi che portano le relazioni, familiari o sociali, a conflitti o inadeguatezze problematiche; si è persa la consuetudine a chiedersi il motivo che sostiene le situazioni entro le quali si è chiamati a intervenire. La prescrizione fondata sull'ovvio prende il posto di un intervento orientato a facilitare il pensare emozioni. Certo, l'implicarsi entro le relazioni comporta, per lo psicologo, quelle difficoltà che derivano dall'essere implicato entro rapporti emozionati, la problematicità di avere a che fare con relazioni che coinvolgono e mobilitano la propria emozionalità; comporta la perdita di quel potere che deriva dall'illusione di identificarsi con quel "modello medico" che si pensa di impersonare impunemente.

Un ambito ove l'intervento psicologico può essere estremamente difficile, è quello delle adozioni. Anche in questo ambito le diagnosi si sprecano, e gli psicologi sembrano presi dal potere che viene loro conferito dal decidere sull'idoneità all'adozione in persone che aspettano con ansia di poter accedere, tramite l'istituto dell'adozione, all'averne un figlio. Poche parole, di contro, vengono spese per esplorare, con i futuri genitori adottivi, le difficoltà profonde e implicanti dell'esperienza adottiva. Quest'ultima viene data, scontatamente, quale esperienza "positiva", socialmente accettata e prestigiosa; l'unico problema sembra essere quello di accertare, ancora una volta, l'idoneità di chi aspira all'adozione stessa. Concluso l'accertamento di idoneità, sembra che l'esperienza dell'adozione non ponga più difficoltà e ogni conseguenza problematica viene lasciata a se stessa, in un abbandono del nuovo nucleo familiare, spesso sconcertante. Sembra che gli psicologi non si spendano nel sottolineare le difficoltà di un'esperienza, quella dell'adozione, irta di conflitti emozionali, di distorsioni della relazione, di delusioni e angosce che popolano un'esperienza irreversibile. Ben più importante della valutazione di idoneità ad adottare, può essere l'assistenza psicologica nel corso del processo adottivo; un intervento che, sviluppando la domanda delle famiglie adottive, possa analizzare le distorsioni di immagine, la diffidenza reciproca, le delusioni nelle aspettative onnipotenti, la realtà conflittuale e gli infiniti problemi di relazione che costellano la vita familiare, nel caso dell'adozione.

Quanto emerge dalle esperienze che qui presentiamo, come anche da altre esperienze in ambito sanitario, scolastico, di assistenza all'autismo o alla disabilità più in generale, è un nuovo modo di fare psicologia clinica e psicoterapia. Un modo che trae origine dalla capacità di trattare con le relazioni e non con singoli individui; un modo che si propone lo sviluppo della relazione tra singoli individui o gruppi sociali e contesto, con una profonda attenzione agli obiettivi del contesto stesso e alle sue connotazioni funzionali. Un modo nuovo di fare psicologia che risponde a domande diffuse entro il contesto sociale; domande rivolte, è bene sottolinearlo, non agli psicologi ma agli operatori sociali più in generale. E' la risposta offerta dalla funzione psicologica clinica, a fare la differenza. Una funzione capace di problematizzare più che di "risolvere"; una funzione che aiuta a stabilire legami interessanti tra processi di adattamento e finalità sociali, operative dei differenti contesti. Ciò comporta l'approfondimento della funzione familiare, spesso data come scontata e appiattita entro i falsi parametri di una genitorialità conformista e contraddittoria (come spesso, troppo spesso, è contraddittorio il conformismo).

Trasformare la famiglia - quale gruppo sociale in continua interazione problematica, difficile ma anche gratificante e dialettica - in parametri individualisti di capacità a ricoprire ruoli, il ruolo di genitore ma, allora, perché no anche il ruolo di figlio (figlià?), di fratello, di nonno, di zia ... tutto questo appare mortificante e, troppo spesso, inutile. I problemi familiari hanno a che fare con relazioni ben più complesse, con relazioni intra familiari e extra familiari o contestuali, in stretta e inestricabile interazione. Ciò significa guardare criticamente a quelle "invarianze" psicologiche, spesso acontestuali e collegate a un preteso individuo "normale", che sostanziano la diagnosi psicologica. Una diagnosi che, ormai in modo chiaro, mostra i suoi legami indissolubili con il conformismo sociale e con il potere che presiede al prevalere del conformismo entro la nostra cultura.

Interventi di psicoterapia psicoanalitica entro un servizio privato per famiglie. I genitori preoccupati²

Presenteremo due casi che arrivano alla nostra rete di studi, Gradi di libertà, che offre servizi per famiglie sotto forma di consulenze e psicoterapia psicoanalitica, sia presso gli studi che domiciliare. Discuteremo come si possa intervenire quando a fare richiesta di intervento sono genitori preoccupati per i comportamenti dei propri figli (Carli & Paniccia, 2003). Vediamo i casi³.

Al primo colloquio Nicoletta e Silvio si presentano subito come una coppia di genitori separati. Poi cominciano a descrivere, in modo serrato, i problemi del figlio: fa uso di droghe, non studia, frequenta amicizie outsider, non legge, non ha passioni. Mi colpisce l'elenco con cui definiscono il figlio: non leggere e drogarsi stanno sullo stesso piano; ci sono solo deficit. Mi sembra di avere davanti una cortina pesante, che fa vedere poco. Il padre introduce una discontinuità: aggiunge che il figlio è molto sensibile, che qualche volta parlano di fotografia, ama fare foto e gliel mostra; ama scrivere canzoni, e qualche volta gliel fa sentire. Ma questi, che sono indicati come pregi, sembrano frammenti scissi, stramberie.

Intervengo dicendo che sembra un ragazzo interessante; certo, da quanto mi dicono se ne sa poco. Chissà cosa gli passa per la mente. Provo a sconfermare l'ipotesi che quanto mi dicono sia un chiaro ed esaustivo elenco di sintomi (incluso l'essere separati, che viene implicitamente proposto come causa che li rende colpevoli dei comportamenti del figlio) che mi permetteranno una chiara ed esaustiva diagnosi: comunico loro che c'è ancora molto da sapere. Sposto l'attenzione dai comportamenti ai vissuti, per vedere se c'è la domanda di occuparsene. Dicono che effettivamente non è facile capire il figlio.

Nicoletta dice che in passato si erano rivolti ad uno psicologo che aveva incontrato Marco qualche volta, per capire "cosa avesse". La diagnosi fu che Marco viveva un'adolescenza problematica, quasi patologica. Chiedo che uso avessero fatto di queste indicazioni. La madre, aggiunge che lo psicologo le aveva dato dei consigli: non dovevano cedere, dovevano continuare a essere normativi, mettergli dei paletti, perché Marco li voleva. Chiedo come mai Marco avesse deciso di incontrare lo psicologo. Nicoletta dice che non voleva saperne finché, dopo la morte di un suo amico, aveva deciso di accettare la proposta. Non sembra che tale pretesto sia stato preso in esame; pare che sia stato solo una "felice occasione" perché il ragazzo si convincesse ad andare: c'è poco posto per esplorarne le attese. Chiedo se avessero pensato al senso dell'essere venuti insieme. Emerge una questione ben diversa dalle idiosincrasie di Marco. Nicoletta dice che stanno vivendo un cambiamento: lei e suo figlio hanno avuto un violento litigio; per la prima volta, dalla separazione, Nicoletta manda via Marco, che ora sta con il padre. Nicoletta mi chiede se può obbligare il figlio a tornare da lei quando il padre si assenta per lavoro, perché in quei giorni Marco peggiora, non va a scuola, non rispetta gli orari. Silvio e Nicoletta parlano dei loro conflitti, della separazione, di quanto questi aspetti siano interferenze, deviazioni rispetto all'occuparsi di Marco (si è presi da se stessi, o da lui; *tertium non datur*: non ci si può occupare del rapporto tra loro e il figlio). Propongo di riflettere sull'obbligare, sui paletti, sulla normatività. Forse potevamo chiederci come un adulto possa occuparsi di un ragazzo, aiutarlo a capire cosa vive. Aggiungo che Marco sembra non aver rinunciato ad un rapporto con loro: a modo suo comunica e cerca un contatto. La fatica è quella di vedere la famiglia come un contesto di relazioni. Sembra che sia possibile solo il diagnosticare comportamenti individuali: Marco è un adolescente problematico, Silvio è poco presente, Nicoletta è rigida. Si fatica a prendersi cura dei rapporti, a vederli. I rapporti sono tutti affidati solo a regole da seguire, a conformità previste e necessariamente disattese.

Per il nostro servizio è importante chiedersi: vediamo individui, coppie, bambini, adolescenti, o una cultura familiare? A Nicoletta e Silvio nell'intervento vengono proposte dimensioni condivise: in primo luogo il vissuto, che concerne sempre la relazione con gli altri. Nei miei interventi ho fatto l'ipotesi che i deficit fossero un modo con cui questa famiglia poteva dare nome ad estraneità, a scarti dal conformismo atteso. Ho proposto una valorizzazione delle differenze. Ad esempio, cominciamo a vedere che Silvio forse può essere la parte affettuosa perché rassicurato dalla funzione normativa di Nicoletta, che si occupa del rapporto con la scuola; e che Marco sta proponendo la sua reattività alla dimensione dell'obbligo che ha coinvolto tutti.

² A cura di Viviana Bonavita, Filomena Brescia, Simona Sacchi.

³ I casi di intervento, per facilitare la lettura, saranno resocontati in prima persona, assumendo il punto di vista di chi li ha seguiti.

Nel secondo caso una donna, Monica, chiama Gradi di libertà perché la figlia di tre anni, Matilda, ha problemi a scuola. E' indecisa se intraprendere, lei stessa, una psicoterapia, o portare la figlia dallo psicologo. Al primo incontro Monica viene da sola. Si siede, e scoppia in pianto. Dice che sta perdendo il controllo, che si sente una madre sbagliata, scuote la testa. Dice di avercela sempre fatta da sola a "gestire la sua rabbia" ma ora non ce la fa più "a mediare". Aggiunge che si sente ridicola a stare seduta sul divano di una sconosciuta a piangere come una bambina. Il passaggio dal nido alla scuola per l'infanzia è stato difficile. Le maestre le dicono che fanno fatica a gestire la figlia, che la bambina ha "bassa autostima", spesso si arrabbia senza motivo, diventa aggressiva, una volta ha tirato lo zaino alla maestra. Hanno chiamato una psicologa che, dopo alcuni giorni di osservazione, ha scritto una relazione in cui descrive la bambina come "oppositiva" con consistenti difficoltà di adattamento alle regole scolastiche; consiglia ai genitori di farsi insegnare qualche tecnica di rilassamento dall'insegnante di psicomotricità; prescrive di darsi delle priorità nell'ingaggiare "la lotta" con la bambina e, nel caso, portarla fino in fondo. Monica ha vissuto questo riscontro come l'accusa di non essere una buona madre. Teme di essere la causa dei problemi della figlia; problemi che conosce, perché li vive anche lei. Facciamo l'ipotesi che anche le maestre vivono le stesse difficoltà; forse Matilda sconfirma le fantasie degli adulti su come dovrebbero andare le cose. La signora è preoccupata per quello che può succedere all'asilo, non riesce a lasciare Matilda tranquillamente, mi convoca a prendere parte entro il rapporto con lei. Quando le propongo di pensare a cosa accada tra loro, mi dice che le capita di sentirsi aggressiva, a volte la strattona, le capita di gridare; questo la turba molto. Aggiunge che con lei non riesce a fare come fa nel suo lavoro in ambito legale dove, consultando il codice, "risolve". Vorrebbe un decalogo anche per fare la madre; sorride di questa sua fantasia.

Nel corso degli incontri stiamo su episodi che Monica definisce critici, per recuperare la competenza ad ascoltare la figlia e a sostenere il desiderio di stare nel rapporto con lei. Monica dice che Matilda ama danzare e lo fa fare anche a lei. Spesso le racconta cosa le accade, ma anche cosa le passa per la testa; è molto fantasiosa. Come nella fantasia ove la maestra, trasformatasi in Crudelia De Mon, la chiude nello stanzino. Ricordiamo che Crudelia, nel film, rapisce dei cuccioli per farne una pelliccia. Chi di noi non avrebbe voglia di tirarle lo zaino? Matilda lo fa davvero, quando si sente minacciata. Monica però è molto spaventata dalla paura e dalle fantasie violente di Matilda, che sembrano invadere anche lei.

Questi due casi ci sembrano esprimere come, nella domanda delle famiglie, si possa individuare anche la richiesta di depurare la famiglia da problematici vissuti emozionali, trasformati in comportamenti indesiderabili dei figli. Sembra che fallisca l'idea che le emozioni si possano controllare attraverso i comportamenti e la normatività. Cosa rimane, se fallisce l'obbligo? Pensiamo a Nicoletta, che dopo il litigio manda via il figlio; o a Monica che sente di agire con violenza nei confronti di Matilda. Nel rapporto tra genitori e figli sono presenti emozioni impensabili, delle quali, non riuscendo ad occuparsene, ci si vuole liberare. A Gradi di libertà viene chiesto di funzionare da centro "esperto". Se intervenisse sui comportamenti, dovrebbe ricondurre all'ortodossia, spesso allineandosi con precedenti interventi descritti come fallimentari (vedi la psicologa con la diagnosi di adolescenza, o l'altra che consiglia tecniche di rilassamento e regole rigide). Ma occupandosi di vissuti, si possono "vedere" le relazioni entro le famiglie, incontrandole e capendole (Carli & Paniccia, 2003). La proposta che stiamo facendo è non tanto quella di diagnosticare deficit nei comportamenti, ancorandoci a fatti, ma piuttosto di supportare le famiglie nel vedere i propri vissuti e nel cogliere come questi contribuiscano alle relazioni familiari (Giovagnoli, 2012). Certamente si parte da una cultura, generalmente condivisa, che acceca sulla relazione e i vissuti; occuparsene può essere sentito dai genitori come deviazione, distrazione dall'occuparsi dei problemi di comportamento dei figli; l'unico "fenomeno" per cui sembrano avere codici, spesso indirizzati criticamente contro di loro anche dai vari consulenti e servizi precedentemente incontrati. Noi proponiamo che ci può essere una competenza a stare sulle emozioni, capirle, come competenza capace di prendersi cura dei figli e del rapporto con loro.

Un intervento che mette in discussione la cultura della marginalità come sopravvivenza entro un contesto sociale escludente⁴

Stabilisco un contatto con un'associazione per la promozione dei diritti omosessuali circa tre anni fa, in occasione di un convegno⁵ organizzato dall'associazione "Pensare Più"⁶ e dall'Unità di Psicologia Clinica (Ricciardelli, 2012), dove svolgevo attività di tirocinio, presso una delle due Municipalità cittadine con cui l'Unità ha istituito di recente un servizio di consulenza per i servizi sociali su problemi di genitorialità (Carbone, 2014). Siamo in pieno centro storico, uno dei pochi in Italia ancora prevalentemente abitato da autoctoni; un luogo di ritrovo per i tanti giovani della città e per gli studenti fuorisede. Negli ultimi anni uno spazio pubblico, piazza V. Bellini, è diventata luogo di convivenza di comunità diverse per colore politico, nazionalità, etnia, identità e orientamento di genere. Eppure il seminario avrebbe potuto prendere facilmente la forma di un'occasione in cui c'erano solo famiglie tradizionali, con riferimento al buon senso e alla cultura partenopea fatta di sopportazioni e compromessi. Il convegno poteva essere l'occasione per occuparsi di queste realtà che si escludono a vicenda.

Avevo scoperto questa associazione in rete. Volevo capirci di più, sapere qualcosa dei suoi membri, dove risiedono, se e quando si incontrano. Su web compare solo un indirizzo e-mail e un numero di telefono. Decido di chiamare. Mi risponde una donna, mi presento, le dico che stiamo occupandoci di convivenza nella città di Napoli e che sarei interessato a sapere se sono presenti famiglie omogenitoriali nella zona del centro. Maria esplicita sin da subito una certa reticenza nell'aver a che fare con degli psicologi; vorrebbe però collaborare con pedagogisti. Sua figlia, qualche giorno fa è stata oggetto di scherno per i compagni di scuola, che l'hanno definita "lesbica"; la ragazzina, su suggerimento della madre, avrebbe risposto che lesbiche sono le madri, non lei. Maria dice che il problema è l'ignoranza delle maestre, dei bambini, delle famiglie. "Tutto andrebbe bene se non ci fosse questa cultura nella scuola tesa all'emarginazione e all'esclusione!", aggiunge.

Colgo l'angoscia di questa donna e penso di offrirle uno spazio in cui non si senta minacciata e non debba difendere la sua scelta. Le parlo del seminario e le dico che discuterò dei risultati di una ricerca che avevo condotto di recente, intervistando i partecipanti alla parata del Gay Pride, svoltasi di recente a Napoli. Lei avrebbe potuto partecipare al dibattito come co-organizzatrice dell'evento. Maria verrà al seminario. Dopo esserci presentati, ci terrà a chiedermi se faccio parte di qualche militanza nel campo dei diritti della comunità omosessuale. Credo che con questa domanda voglia sapere il motivo del mio interessamento verso di loro, un modo per risolvere sbrigativamente l'ambiguità emozionale rivolta all'estraneo (Carli, 2007), per garantirsi una relazione amica "a priori". Maria interverrà nel convegno, sostenendo che nel territorio risiedono delle coppie omosessuali con figli e che per loro è importante sapere di trovare contesti e professionisti che li accolgano. Al termine dell'incontro, condivide con me e con le colleghe⁷ dell'Unità di Psicologia Clinica il desiderio di continuare a discutere e trattare tali questioni, di essere felice della sua partecipazione al convegno, anche se all'inizio era alquanto scettica.

Dopo il seminario incontro Maria e la sua compagna per parlare dell'Associazione. L'idea di fondarla, scopro, nasce quando lei resta incinta, dopo essersi sottoposta a fecondazione assistita in Spagna (ove è concessa, diversamente dall'Italia). Andava immaginando le difficoltà che lei e la sua famiglia avrebbero avuto, venendosi a sapere "la cosa". La paura di non essere accettate spinge Maria e la sua compagna, insieme ad alcune coppie amiche, a fondare un luogo e a diffonderne la cultura; una cultura ove l'impossibile è divenuto possibile: l'omosessualità non è sterile.

Fa riferimento ad alcuni casi di discriminazione. Racconta di una coppia di amici che, nel corso della notte, trovarono la figlia di qualche mese, nella culla, con un grosso bernoccolo sulla testa; il Pronto Soccorso Pediatrico, a quel punto, avvertì i servizi sociali. Per i due papà fu molto difficile e angosciante affrontare e

⁴ A cura di Agostino Carbone.

⁵ "I luoghi comuni della relazione genitori e figli", Sala consiliare della II Municipalità, 26 Novembre 2011-Piazza Dante, Napoli.

⁶ Associazione regionale di promozione sociale, fondata da chi scrive e da altri colleghi al fine di promuovere lo sviluppo del rapporto tra cittadinanza e contesti locali, www.pensarepiu.it.

⁷ Antonietta Bozzaotra, Presidente dell'Ordine degli Psicologi della Campania e Ester Ricciardelli, specialista in Psicologia Clinica.

sostenere la bontà delle loro azioni, dovendosi confrontare con la diffidenza e i sospetti degli assistenti sociali chiamati ad accertare le cause dell'incidente. Aggiunge che, qualche anno fa, consultarono una psicologa per alcuni episodi di enuresi della figlia; quest'ultima le tranquillizzò affermando che non c'era nulla di che preoccuparsi: in fondo era il minimo, "in quella situazione", alludendo all'atipicità con cui stava considerando la coppia di madri. Le storie sono molte, tutte narrano di discriminazioni, di paura e diffidenza nelle relazioni con le istituzioni che sembrano sospettare di ciò che accade nella e durante la convivenza tra persone dello stesso sesso, probabilmente vissuta come una provocazione.

Ascoltare queste storie mi angoscia: la diffidenza in generale e la paranoia come modalità difensiva (Carli & Paniccchia, 2003) connotano la relazione tra la vita privata di queste famiglie e la sfera del pubblico; relazioni connotate da pregiudizi: in assenza di un modello di comprensione della relazione omosessuale (Lingiardi & Nardelli, 2013; Pacilli et al., 2011), si adottano acriticamente modelli di comprensione forniti dal buon senso (Carli & Paniccchia, 2013) e dal perbenismo. Dell'omosessualità non si fa mai cenno, è una parola così densa che non ricorre mai, forse perché troppe volte è stata utilizzata come sinonimo di perversione, malattia, promiscuità. Vengono enucleate due specifiche angosce: 1) la paura che il legame, la relazione tra la madre sociale e il figlio non venga riconosciuto giuridicamente in caso di decesso della madre naturale; situazione connessa alla mancanza, in Italia, di legiferazione sul tema delle unioni civili; 2) il dover dimostrare di essere un genitore idoneo, in risposta all'incredulità altrui e in particolare delle istituzioni sociali, con le quali sembra si possa entrare in contatto solo entro parametri conformisti (scuola, servizi sociali, ospedale).

Tollerare la diffidenza caratterizzante la modalità con cui sono stato inizialmente accolto, è stato il metodo attraverso il quale è stato possibile istituire una relazione con queste famiglie: mi ha preservato dal rischio di essere buttato fuori. In successivi incontri, ho avuto modo di conoscere altri componenti dell'associazione, ad alcuni di loro ho chiesto di raccontarmi la loro esperienza di genitori in rapporto ai contesti di convivenza (Carbone, 2013).

Capisco che in questa fase specifica delle famiglie omogenitoriali in Italia, i cui figli sono quasi esclusivamente in età pre-scolare e scolare, a destare qualche problema e molti sospetti è il rapporto con la scuola, forse poco capace di occuparsi delle differenze. Mi domandano di organizzare degli incontri nelle scuole, per educare le maestre all'esistenza delle famiglie gay con figli. Una richiesta che, se non fosse diversamente definita, potrebbe dimostrarsi impossibile. Oggi lavoro con alcune di queste famiglie, promuovendo e sviluppando il rapporto con le scuole frequentate dai figli, basandomi sul presupposto metodologico che l'obiettivo non sia il promuovere il proprio o altrui consenso verso la genitorialità omosessuale, quanto il trattare le fantasie di esclusione che organizzano il vissuto di marginalità e di inadeguatezza (Paniccchia, 2013) che caratterizza la cultura di queste famiglie, nell'incontro tra mondo interno ed esterno (Matte Blanco, 1977), tra cliente e psicoterapista, tra pubblico e privato (Butler, 2004), piuttosto che dar colpe allo Stato, al Papa, alla scuola e alle sue maestre troppo cattoliche.

Un servizio psicoterapeutico per le adozioni. Intervenire in contesti che non prevedono la domanda⁸

Uno di noi è responsabile di una Casa famiglia per minori, gli altri lavorano con bambini e ragazzi con problemi. Negli ultimi mesi, in diverse esperienze di intervento, siamo "incappati" in questioni collegate ad adozioni. Nella funzione di coordinamento della Casa famiglia, abbiamo partecipato all'evento critico delle cosiddette "adozioni fallite": famiglie nelle quali il livello di conflittualità e di incomprensione di quanto accade è talmente elevato, da esitare nell'inserimento del bambino in Casa famiglia. Nel lavoro di consulenza all'apprendimento con bambini adottati, abbiamo colto come, proprio a carico della scuola e del rendimento scolastico, si giochino fantasie complesse, relative ai rapporti - tutti in costruzione - nella nuova famiglia e fuori di essa. Vediamo due frammenti di queste situazioni.

Vincenzo arriva in Casa famiglia dopo ripetuti conflitti con i genitori, che esitano in percosse da parte di questi; c'è una segnalazione dalla scuola al Tribunale per i Minorenni. Vincenzo chiede al giudice tutelare di essere portato in Casa famiglia. I genitori, ripercorrendo i primi momenti dell'adozione, raccontano il loro stupore nello scoprire che il bambino prendeva biscotti di nascosto dalla cucina, quasi li rubasse. In quell'occasione avevano pensato che avesse un'indole problematica, e si erano affrettati a assicurarlo sulla

⁸ A cura di Claudio Gasparri, Federica Rastelli, Francesca Reale, Valentina Terenzi.

non necessità di “rubare”, di prendere furtivamente i biscotti, trattandosi, evidentemente, di casa sua. Con loro grande sorpresa avevano verificato che, nonostante la rassicurazione, il bambino continuava a “rubare” i biscotti invece di prenderli apertamente (Gasparri, 2012).

Pablo, di 9 anni, nato in America Latina, non parla ancora bene italiano; viene da un sistema scolastico molto diverso da quello che lo accoglie. La famiglia è presa da alcune decisioni legate alla scuola: farlo stare con i più piccoli, perché faccia meno fatica con le materie? Fargli poi accorpate due anni in uno, per rimettersi in pari con i coetanei? Fargli fare un doposcuola da solo o con altri? Lui, che racconta di un contesto divertente e di significative amicizie nel suo paese di origine, vuole soprattutto farsi nuovi amici. Da poco ha iniziato le medie, in una nuova classe: le maestre convocano - dopo pochi giorni - la madre adottiva per segnalare preoccupate che il bambino sta spaventando i compagni, durante la ricreazione, con racconti di film dell'orrore. La madre si affretta a proibire a Pablo questi racconti, ricordandogli l'opportunità del rispetto delle regole. Dopo una serie di vicende molto simili, di comportamenti indesiderati subito risolti con vari e insistenti divieti, oggi la scuola sta considerando per Pablo l'affiancamento di un assistente.

Da queste e altre situazioni analoghe, abbiamo cominciato a pensare come le adozioni spesso pongano problemi spinosi che sembrano essere incomprensibili, quindi intrattabili, se non vengono letti sul piano simbolico, ovvero riferiti al vissuto che organizza le relazioni. Come interpretare altrimenti il gesto di Vincenzo? Cosa voleva proporre, Pablo, ai compagni? A partire da questi interrogativi, decidiamo di avviare un'esplorazione, con l'intento di verificare le questioni fin qui colte e di costruire committenze per un servizio che risponda a questa complessità. Incontriamo una madre e un padre adottivi, una donna con una storia di adozione, una associazione di famiglie adottive, un servizio collegato ai servizi sociali che si occupa di gruppi per le famiglie in post- adozione. A loro chiediamo riscontri sulle nostre prime ipotesi e di raccontarci con quali problemi si confrontano. Vi proponiamo tre questioni che ci sono sembrate rilevanti.

La prima riguarda un vissuto di solitudine delle famiglie adottive: i nostri interlocutori ci hanno parlato di servizi esistenti, molto articolati; ma con prassi strutturate soprattutto per la preadozione. Non li sentono utilizzabili quando hanno bisogno di consultarli sui loro problemi, quali emergono nel corso dell'esperienza di convivenza con il bambino adottato. Il percorso per l'idoneità non sembra pensato per le famiglie, ma piuttosto concepito dai servizi in modo autoriferito. Cioè fondato su una loro esigenza di controllo, e sull'applicazione di criteri spesso non condivisi con i genitori; criteri certamente non pensati a partire dalla domanda dei genitori. Questi contesti, inoltre, sembrano funzionare in modo valoriale: “dove semini amore, spunta la gioia” è lo slogan di uno degli enti; formule diffuse rivendicano il “diritto di essere genitori”.

Un po' per l'esigenza di corrispondere ai requisiti richiesti, un po' per le componenti umanitarie, solidaristiche o religiose che abbiamo riscontrato in questo mondo, ci sembra che ne consegua un problema di emozionalità prescritta. Uno dei genitori da noi incontrati, ha definito “imbarazzante” la modalità scelta dagli operatori per presentare a lui e alla moglie i due bambini etiopi che avrebbero poi adottato: “Bambini, questi sono i vostri genitori; signori, questi sono i vostri figli”. Quanto ci sembra fondamentale nell'intervento, a partire dall'esplorazione in corso, è invece la necessità di de-reificare il “fatto” che l'adozione sia scontatamente una cosa buona. Migliorativa della condizione di partenza dei bambini, o opportunità di completamento per i genitori. Riteniamo che intervenire sulla de-reificazione, faciliti il superamento di un problematico vissuto di impossibilità di dire cosa non va.

Seconda questione. I contesti che stiamo incontrando sembrano esprimere un alto potenziale di violenza nei rapporti, che pensiamo connesso anche alle emozioni prescritte. Negli incontri, parole come “scoppiare” o “esplosione” riferite ai problemi, sembrano parlarci del livello di rottura delle relazioni di certi agiti ricorrenti dei bambini, che prevalentemente si esprimono attorno al rispetto o alla trasgressione delle regole; i genitori si affrettano a trovare soluzioni per il ripristino di queste ultime o di comportamenti adeguati, ricorrendo a divieti, proibizioni, minacce. Pensiamo ad un intervento che proponga, in alternativa al controllo del rispetto delle regole, la possibilità di cogliere il senso di cosa sta accadendo nel rapporto. Questa seconda opzione abbassa notevolmente i livelli di tensione.

Terza questione. Nella nostra esplorazione ci stiamo chiedendo quale sia la cultura dei servizi e delle prestazioni professionali che incontriamo. Stiamo riscontrando come, frequentemente, le problematiche che emergono nelle famiglie adottive vengano messe a carico esclusivamente del bambino, oppure dei genitori. Si parla molto di bambini che sono stati abbandonati, che sono segnati e traumatizzati dalle loro passate esperienze. O di genitori inadeguati, inadatti a svolgere il proprio ruolo. Raramente si è orientati a pensare che le problematiche possano trovare un senso se collocate entro il rapporto (tra genitori e figli adottivi) in cui si verificano.

In linea con questo, l'intervento dei servizi sembra passare quasi sempre attraverso "le inadeguatezze" del bambino, di tipo didattico o comportamentale. Spesso "giustificate" facendo riferimento alla teoria dell'attaccamento: questo è il modello prevalente in chi interviene, un modello che fornisce criteri di valutazione del disagio del bambino; un disagio dovuto esclusivamente all'evento traumatico rappresentato dall'abbandono, quindi proiettato entro il passato e poco attento alle relazioni vissute nel presente dell'esperienza adottiva.

A che punto siamo? Stiamo pensando alla costruzione di un servizio che intervenga sul potenziale di rottura espresso dalle crisi del periodo post-adozione, che ci sembra proporzionale alla violenza con cui è negata l'estraneità, l'ignoto, il bisogno di esplorare, conoscere, capire (e non riportare a norma) dentro questi rapporti. Ci stiamo anche chiedendo come proporci a chi si confronta con questi problemi. Attraverso un sito in cui sia rintracciabile la specificità della nostra proposta, insolita rispetto alle prevalenti? Un incontro di restituzione con le famiglie incontrate, a cui proporre di fare da intermediari rispetto ad altre? Sappiamo di dover fare i conti con una cultura centrata sull'intervento correttivo nei confronti del singolo, che non riconosce facilmente problemi di relazione, pur avendoli.

Un intervento in una Unità Operativa di Neonatologia⁹

Resocontiamo l'intervento con i genitori di un neonato ricoverato presso l'Unità Operativa di Neonatologia di un ospedale romano, dove, come specializzande in psicoterapia psicoanalitica e tirocinanti presso il Servizio Prevenzione Protezione Rischi – SPPR – (Carli, 2012), siamo presenti una volta alla settimana, da circa un anno. L'UO di Neonatologia ha contattato SPPR per via della conflittualità nel rapporto tra operatori sanitari e familiari dei bambini ricoverati, chiedendo la presenza di uno psicologo in reparto (Brescia et al., 2013; Paniccia, Atzori, Girardi & Policelli, 2013; Assante del Leccese et al., 2013). In particolare gli operatori erano disorientati da alcuni eventi accaduti nel rapporto con i genitori dei neonati ricoverati in TIN (Terapia Intensiva Neonatale).

Molto del lavoro con gli operatori è stato speso per dare senso a quanto accaduto e accadeva nella relazione con i genitori, proponendo letture che tenessero conto della specificità del contesto ospedaliero, in particolare della difficoltà ad avere a che fare con la soggettività dei genitori, resa complessa dal fatto che i genitori non sono dei pazienti e non sono quindi implicati entro la relazione medico-paziente, caratterizzata dalla passività acritica del paziente nei confronti del medico. L'ipotesi era che ove il personale sanitario aveva contatti con utenti che non avevano assunto, per vari motivi, il ruolo di paziente, la relazione tendesse a essere conflittuale. In Neonatologia, questa è la posizione dei genitori. Entro questa prospettiva le difficoltà non vengono lette esclusivamente a carico del singolo genitore o del singolo operatore, ma vengono rintracciate nella relazione tra i diversi ruoli.

Quest'ottica è diversa da quella individualistica presente nel personale sanitario, e così durante la nostra permanenza in reparto ci siamo spesso confrontate con la richiesta - da parte di medici e infermieri - di occuparci di singoli madri e padri che deludono le loro attese. Depressi o euforici, loquaci o "troppo chiusi in sé stessi", sporchi o troppo attenti alla pulizia propria e del reparto, con o senza diagnosi, a trattare con la soggettività "impertinente" di questi genitori è chiamato lo psicologo. In molte occasioni gli operatori ci hanno accolto presentandoci nuovi casi "problematici". La richiesta è, ad esempio, quella di andare a "scambiare due parole" con una mamma molto in ansia per la forte prematurità del figlio, o di "dare un'occhiata" ad una mamma segnalata dai servizi sociali e per cui è avviata - o lo sarà - una procedura di valutazione dell'adeguatezza genitoriale.

Negli ultimi tempi questi sono i casi più frequenti, per via del cambiamento di domanda e di utenza della TIN che ha visto cessare l'accesso di bambini in difficoltà, provenienti da altri ospedali. Le lunghe permanenze hanno riguardato, sempre meno frequentemente, casi di grande prematurità come quelli che prima arrivavano da tutta l'Italia centro - sud. La centratura si è spostata dalla TIN all'UO più in generale, con casi che abitualmente non sono emergenze mediche, mentre aumentano le situazioni che abbiamo definito "sociali", visto il territorio periferico e sotto questo profilo problematico in cui è situato l'ospedale. Ad esempio, neonati sani, ricoverati in UO per via di lungaggini burocratiche relative alle procedure di valutazione dell'adeguatezza genitoriale, da parte del Tribunale Minorile. Lunghi ricoveri che prevedono la

⁹ A cura di Donatella Girardi e Silvia Policelli.

permanenza in reparto di genitori sotto valutazione, con la difficoltà per gli operatori di mettersi in rapporto non solo con chi non ha la necessità di essere curato, il genitore e il neonato sano, ma anche con chi è nella posizione, difficile per tutti, valutati e valutatori, dell'essere sotto esame. Mentre la sanitarizzazione della genitorialità è affidata alla valutazione psichiatrica del SPDC e dei periti (di parte e del Tribunale), la segnalazione di situazioni "a rischio" è lasciata agli ospedalieri. Spesso è fondata su dimensioni fortemente valoriali o normative (comportamento normale o patologico), sulle quali spesso veniamo interpellate. In tutti questi casi abbiamo accolto la richiesta di "dare un'occhiata" o "scambiare due chiacchiere" con le madri o i padri che gli operatori ci proponevano di incontrare. Ci siamo in tal senso occupate della relazione operatori-genitori, accogliendo la difficoltà dell'UO a stare in relazione con chi paziente non è, e quella dei genitori, spesso disorientati dalla prolungata permanenza in Neonatologia. Gli incontri avvengono all'interno del reparto e in alcuni casi partecipano anche gli operatori. Entrando nelle diverse aree, ci presentiamo e chiediamo: "Come va?". Chi è interessato a parlare comincia a raccontare la sua storia. In molti casi il colloquio dura tutto l'orario di visita. Ora parleremo di uno dei casi che abbiamo incontrato.

La famiglia R.. Gli operatori sanitari ci dicono: abbiamo in reparto un bambino che i medici non possono dimettere, in quanto è in atto una procedura di valutazione dell'adeguatezza genitoriale da parte del Tribunale dei Minori. I genitori "sono arrabbiati", dicono; lei è un po' "strana, freddina, ma nel complesso sembrano due brave persone". Sono stati segnalati al Tribunale dei Minori per via del referto presentato dallo psichiatra dell'SPDC. Inoltre le analisi del sangue di madre e bambino evidenziano un utilizzo di psicofarmaci da parte della donna; in questi casi la segnalazione "è d'obbligo", affermano. Incontriamo la madre e il padre di Andrea. Il bambino è nato da pochi giorni ed è in "attesa" in Patologia. Ci dicono che non hanno più voglia di parlare con nessuno, perché è stato il loro fidarsi troppo che li ha messi in questa "spiacevole" situazione. Tuttavia continuano a parlare, nel primo incontro come in quelli successivi. Loro due, "cittadini modello che non hanno mai fatto male a nessuno", un carabiniere e un'insegnante, "persone tranquille, trattate come criminali", hanno "perso il figlio". Ci dicono che sono in una situazione senza senso della quale nessuno si sta interessando: né il Tribunale, né i medici del reparto. La signora dice di soffrire di un "disturbo ossessivo compulsivo" insorto in gravidanza e che le è stato appena diagnosticato. Il giorno del parto, rimasta sola, ha chiesto di poter parlare con uno psichiatra: temeva di fare del male a sé o al bambino. Aveva paura, dice, di ripetere il gesto fatto dalla madre, che ha tentato il suicidio a pochi giorni dalla sua nascita. Dopo il colloquio l'ospedale ha avviato misure "preventive": l'allontanamento della madre dal neonato, la segnalazione al Tribunale dei Minori con sospensione della patria potestà materna e l'impossibilità di incontrare il figlio in assenza del padre. Nei due mesi di permanenza in reparto, li incontreremo otto volte. Saranno incontri difficili. Con il passare delle settimane li troveremo sempre più arrabbiati per la grande impotenza che sperimentano per l'inatteso evolversi della vicenda. La patria potestà viene sospesa anche al padre, senza che a loro (e a noi) sia chiaro il motivo; il bambino entrerà in Casa famiglia. Ci dicono di avere perso la speranza nel futuro, di essere preparati a denunciare psichiatri, medici, ospedale. Per il resto non sanno cosa fare e neanche chi si sta occupando della loro situazione sembra saperlo. Dal Tribunale arrivano informazioni spesso contraddittorie, i Servizi sociali non hanno avuto con loro nessun contatto, nessuno si fa carico del loro caso. Si sentono soli.

Durante gli incontri pensiamo a cosa sta accadendo, recuperando nei colloqui la loro storia, dentro e fuori il reparto, per provare a costruire una progettualità futura che il vissuto d'impotenza, sperimentato nel rapporto con le istituzioni, sembra non rendere possibile. Nel racconto di Annalisa, la madre di Andrea, emerge quanto sia frustrante e angosciante non poter entrare da sola nel reparto e quanto questo le sembri ora, a settimane dal parto, privo di senso. Tanto da averla portata a prendere a calci la porta della Neonatologia, chiedendo di entrare anche se non accompagnata dal marito. Recuperare la storia dei rapporti con ospedale, psichiatra e operatori della Neonatologia, ha permesso di scoprire spazi in cui per la coppia è possibile uscire dall'impotenza. Nell'ipotesi che questo sia utile a costruire progettualità nel futuro, a rendere meno tesi i rapporti tra genitori e operatori. Un prodotto dell'intervento è stato il convenire con la famiglia che fosse possibile chiedere un incontro con il primario e la caposala, per capire come permettere alla madre di entrare in reparto senza essere accompagnata dal marito. Il medico di turno ci dirà che una nuova perizia favorevole da parte dello psichiatra dell'SPDC, interno all'Ospedale, avrebbe permesso l'ingresso della madre, ma che i genitori avrebbero dovuto accordarsi con il primario. Purtroppo questo incontro non c'è mai stato a causa di un incidente automobilistico occorso ai genitori durante il tragitto per arrivare in ospedale, che li ha tenuti per giorni lontano dal reparto fino al trasferimento del figlio in Casa famiglia.

Anche gli operatori sanitari stanno vivendo questa situazione con disagio e sofferenza, vedendo come le conseguenze delle loro “dovute” segnalazioni sfuggano al loro controllo. Inoltre, la permanenza in Patologia di un neonato sano e la TIN senza neonati è, per gli operatori, un evento problematico. Gli infermieri ci dicono di non essere puericultori, e richiamano la nostra attenzione sui “danni psicologici” che la permanenza in un ospedale può comportare per chi è sano: “se ne deve andare ... ma per il suo bene”. Questo tempo sembra vissuto dall’UO come un’attesa in cui si può solo aspettare che passi, sopportando le “matri problematiche” che fanno visita ai bambini e cercando di ottemperare al meglio a quanto viene disposto dal Tribunale. Con la difficoltà di capire quale possa essere la funzione dell’UO nella permanenza di madre e bambino, vivendosi come “deposito” di neonati non voluti o troppo desiderati, che non si sa a chi affidare. Deposito che, a pensarci, è l’unico luogo di incontro genitori – bambino, in cui sperimentare questo rapporto e che, in tal senso, se pensato, potrebbe essere una risorsa. In questo momento di cambiamento e confusione, con la TIN deserta, la Patologia in perfetta salute, e la grande difficoltà di recuperare gli obiettivi nel proprio lavoro, c’è un forte conflitto che, a vari livelli, sta attraversando il reparto. Medici, infermieri, ausiliari si vivono come "pedine inutili". Durante gli incontri in UO gli infermieri ci raccontano alcuni episodi vissuti come problematici e che coinvolgono - negli ultimi mesi - tutto il personale sanitario del reparto. Ci parlano soprattutto della chiusura improvvisa, anche se provvisoria, della TIN. Disposta dal direttore sanitario a seguito di una lettera inviata dal personale medico in cui si dichiarava l'impossibilità di continuare a coprire tutte le attività, per una forte carenza di personale. Né medici né primario avvertono infermieri e caposala di aver inviato tale comunicazione alla dirigenza, a cui seguirà la chiusura della TIN. La caposala ci dice che questo episodio accade in un momento in cui "non c'è comunicazione" tra medici ed infermieri, tra lei e il primario.

Alla fine di agosto una donna, incinta al nono mese, è ricoverata presso il SPDC dell’Ospedale. La donna dice al personale sanitario che è stata messa incinta dal diavolo. Al momento del parto, non le viene concesso di restare sola con il figlio. Viene a vedere il figlio insieme dal compagno che, a detta dell'assistente sociale, ha pure “gravi problemi mentali”: è molto violento, ha a suo carico varie denunce e dei trascorsi con la giustizia che “lo rendono pericoloso”. La coordinatrice infermieristica ci racconta che, per mantenere la sicurezza, deve intervenire e implicare i sindacati affinché il direttore sanitario disponga la presenza di guardie giurate che possano tutelare gli operatori attraverso il piantonamento. Questa è una decisione che lei prende da sola, senza consultarsi con il primario in ferie. Al ritorno dalle ferie estive, il primario scrive una lettera alla direzione dell’Ospedale in cui si dissocia da quanto, in sua assenza, ha fatto la coordinatrice. Queste divergenze sembrano aver concluso un’amicizia che durava da "molti anni di lavoro insieme e che si fondava su una stima reciproca: “l’ambiente familiare, che caratterizzava il reparto, sembra compromesso”. Sembra che - persa la confusione omologante dell’amicizia e prima di ritrovare un nuovo assetto delle relazioni - ci si debba schierare per essere amici di uno e nemici dell’altro. Questa difficoltà la sentiamo anche noi, e ci sentiamo rivolgere domande più o meno esplicite sulla nostra posizione nel conflitto. La tempesta, dopo poco tempo, si calmerà: alcuni infermieri diranno che “non schierarsi è stato difficile” ma che tirarsene fuori è stato “professionale, perché il lavoro è lavoro”. Sembra che nella difficoltà di definire obiettivi organizzativi possibili, diversi dai risultati previsti della tecnicità, ma in rapporto con il cambiamento di funzione dell’UO, ci si possa identificare solo schierandosi entro rapporti di potere come quello medico/infermiere. Con i medici è difficile trovare un momento per parlare. Lo è sempre stato e adesso ancora di più. Abbiamo talvolta sentito diffidenza nei nostri confronti: la difficoltà di collocarci nell’uno o nell’altro schieramento ci rendeva, quasi automaticamente, dei nemici; sapendo, al tempo stesso, che schierandoci avremmo perso ogni funzione e che la nostra affidabilità era strettamente connessa al non farlo.

Una risorsa possibile – nel contesto di cambiamento che sta attraversando il reparto – sta nel recuperare il cliente, quel cliente che entro questi schieramenti scompare. Diventa importante pensare alla propria funzione, in rapporto ad un cliente il cui figlio non è in pericolo di vita ma che si trova per molto tempo a convivere in reparto. Prima la famiglia asfissiante e dipendente era il nemico esterno che consentiva di perseguire la coesione amicale del gruppo di lavoro, fondata sul potere della tecnicità. Ma ora, come facilitare il riorganizzarsi di una funzione di servizio per i clienti del reparto? E noi psicologhe, in questa riorganizzazione, che funzione possiamo avere? Pensiamo che la nostra funzione sia quella di facilitare un pensiero sul cambiamento organizzativo e funzionale della UO, ricordarlo nei nostri resoconti, nelle nostre azioni nel reparto, nei nostri interventi.

Bibliografia

- Assante del Leccese, R., Carlino M., Civitillo, A. Crisanti, P. Di Ruzza, F., Girardi D., et al. (2013). Undici esperienze di intervento con la disabilità. A scuola, nell'assistenza domiciliare, nel rapporto tra servizi e domanda [Eleven intervention experiences with disability. At school, in home care, in the relationship between services and demand]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 88-111. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/quaderni>
- Brescia, F., Cafaro, B., Civitillo, A. Crisanti, P., Giacchetti, V., Girardi, D., et al. (2013). Otto esperienze di intervento psicologico clinico entro Unità Operative ospedaliere e di assistenza domiciliare riabilitativa [Eight experiences of clinical psychological intervention within operational hospital units and rehabilitation home care]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 26-37. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/quaderni>
- Butler, J. (2004). *Undoing gender*. New York-London: Routledge (trad. it. di P. Maffezzoli, La disfatta del genere, Meltemi, Roma, 2006).
- Carbone, A. (2013). *Parentela, (omo)sessualità, convivenza. Un'analisi psico-sociale dell'omogenitorialità in Italia* [Family, (homo)sexuality and coexistence. A psycho-social studies of homoparenthood in Italy]. Unpublished Doctoral Thesis, Dipartimento di Studi Umanistici, Università degli Studi di Napoli Federico II, Napoli, Italia.
- Carbone, A. (2014). Intervenire attraverso la crisi della Genitorialità. Un caso di costruzione di committenza per un servizio di Psicologia Clinica [Intervening through the crisis of parenting. A case for a Clinical Psychology service]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 2. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/quaderni>
- Carli, R. (2007). Pulcinella o dell'ambiguità [Punchinello or "on ambiguity"]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 3, 383-396. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Carli, R. (2012). Il tirocinio in ospedale [The internship in Hospital]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 4-20. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Carli, R., & Paniccia, R.M. (2013). La funzione del senso comune nell'intervento dello psicologo clinico [The function of commonsense in the clinical psychologist's intervention]. *Rivista di Psicologia Clinica* 1, 36-50. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Carli, R., & Paniccia, R.M. (2003). *Analisi della domanda: Teoria e tecnica dell'intervento in psicologia clinica* [Analysis of demand: Theory and technique of intervention in clinical psychology]. Bologna: il Mulino.
- Gasparri, C. (2012). *L'impiego di competenze psicologico cliniche per leggere le dinamiche in una casa famiglia per minori* [The use of clinical psychological skills to read the dynamics in a children's family home, Unpublished thesis, SPS Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Psicoanalitica, Roma.
- Giovagnoli, F. (2012). Alcune riflessioni sul concetto di famiglia. [Some reflections on the concept of family]. *Rivista di Psicologia Clinica* , 1, 111-120 Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Lingiardi, V., & Nardelli, N. (2013). *Linee guida per la consulenza psicologica e la psicoterapia con le persone lesbiche, gay, bisessuali* [Guidelines for counseling and psychotherapy with lesbian, gay, bisexual.]. Milano: Raffaello Cortina.
- Matte Blanco, I. (1977). Realtà psichica e dualità: mondo interno e mondo esterno [Psychic reality and duality: the inner world and the outer world]. *Rivista di Psicoanalisi*, 23(1), 128-152.
- Pacilli, M.G., Taurino, A., Jost, J.T., & van der Toorn, J. (2011). System justification, right-wing conservatism, and internalized homophobia: Gay and lesbian attitudes toward same-sex parenting in Italy. *Sex Roles*, 65(7-8), 580-595.

- Paniccia, R.M. (2013). Individuo e individualismo come categorie emozionali entro una cultura della convivenza che propone rischi di emarginazione [Individual and individualism as emotional categories within a culture of co-existence that offers risks of exclusion]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 26-37. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/quaderni>
- Paniccia, R.M, Atzori, E., Girardi, D., & Policelli, S. (2013). *Un intervento psicologico clinico in una U.O. di Neonatologia, nell'ambito della ricerca sul rischio psicosociale dell'A.C.O. San Filippo Neri di Roma* [A clinical intervention in an Operational Unit of Neonatology, within the research about the psychosocial risk of the San Filippo Neri A.O.C.]. Poster presented at congresso biennale dell'associazione italiana di psicologia AIP, divisione di psicologia clinica e dinamica, Università di Napoli Federico II, Italia.
- Ricciardelli, E. (2012). La psicologia nelle unità operative di Psicologia Clinica [Psychology in the units of Clinical Psychology]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 208-211. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>