



Il pediatra, la famiglia e l'approccio sistemico-relazionale

LUIGI BALDASCINI

Direttore Scientifico dell'Istituto di Psicoterapia Relazionale di Napoli

Da due approcci interpretativi e terapeutici antitetici, quello psicanalitico e quello comportamentistico, nasce, in qualche momento del secolo scorso, l'approccio sistemico. Non è possibile né comprendere né curare qualcuno se non ci si rende conto che fa parte di un sistema in equilibrio dinamico. È l'equilibrio dell'insieme che va compreso e, se opportuno, riassetato. La famiglia è il sistema più piccolo che c'è e il pediatra ha bisogno di un ABC per cominciare a capirlo.

Un'alta percentuale di bambini soffre di disturbi psicosomatici, disturbi comportamentali e/o emozionali: questa percentuale varia, nelle diverse casistiche, dal 20 al 30%, in rapporto alle condizioni socio-economiche e al contesto in cui i pazienti vivono.

Solitamente, in questi casi, il pediatra orienta la sua attenzione solo sul bambino e, qualche volta, anche sul comportamento materno; in genere non interviene sugli altri membri della famiglia, né sulla famiglia come insieme: questo articolo vuole invece richiamare il pediatra alla cosiddetta "visione sistemica", per cui nessuno può mai essere pensato come entità isolata, ma solo come parte di un sistema complesso, il cui equilibrio è dovuto a molte varianti e a multiple interrelazioni tra i suoi componenti.

IL MODELLO DIADICO, LINEARE, E IL MODELLO SISTEMICO, CIRCOLARE

La nostra tradizione scientifica è basata sull'epistemologia lineare, per la quale esiste un rapporto semplice tra causa ed effetto. Anche la psicanalisi segue questo modello lineare, e attribuisce a cause semplici (al legame madre-bambino, alla paura dell'abbandono, all'equilibrio inconscio tra i bisogni di gratificazione e la paura delle frustrazioni, al rapporto tra desideri inconsci dei genitori e azioni del bambino) gli stadi dello sviluppo emotivo.

PAEDIATRICIANS AND THE SYSTEMIC APPROACH

(*Medico e Bambino* 20, 597-600, 2001)

Key words

System theory, Family doctor, Paediatrics, Mental health

Summary

Traditional medicine, as well as psychology and psychoanalysis, is based on linear explanatory models: a specific cause produces a specific effect. These simplified models may be helpful to understand basic biological processes, but are insufficient to explain most phenomena. This is even more true for human relationships and for their disorders, since each human being is part of complex systemic interactions, where the family represents the elementary system and society the macrosystem. The article describes the omeostatic rules that regulate these systems and the mechanisms that may lead to their disruption and consequently to a variety of psychosomatic symptoms and to mental illness. Family doctors, and particularly paediatricians, should be familiar with these concepts.

Tutto questo resta vero; ma è solo una parte, e forse una piccola parte, della verità.

Tutte queste teorizzazioni hanno consentito di comprendere le relazioni esistenti tra particolari tipi di risposte del bambino e specifici atteggiamenti da parte del genitore (trascuratezza, rifiuto, autoritarismo, iperprotettività e così via) e le connessioni di certe reazioni del bambino, sia in presenza di rivali sia nei confronti di atteggiamenti punitivi dei genitori. Esse sono derivate, comunque, da una logica deterministica lineare che vede nel bambino una monade e, molto spesso, nella madre la causa principale

dei suoi disturbi.

Osservando gran parte della letteratura psicologica tradizionale, ci rendiamo conto che il modello più usato per studiare le relazioni è quello a due. Con il passaggio a una visione complessa dei rapporti interpersonali, questo modello diadico appare insufficiente, poiché non tiene conto del vasto sistema all'interno del quale una relazione tra due persone si sviluppa. Spiegazioni causali lineari del tipo: «Lucia è ansiosa, perché ha un cattivo rapporto con il padre», non considerano il peso della relazione che il padre, per esempio, ha con la moglie e di come questa relazione possa incidere

nel rapporto tra figlia e padre oppure nel rapporto sempre così stretto tra Lucia e la madre, che sembra escludere il padre da qualsiasi livello di confidenza con la figlia, la quale a sua volta diventa ansiosa ogniqualvolta il padre cerca di avvicinarsi a lei.

Ma un sistema complesso non è fatto della somma delle diadi¹. Il metodo tradizionale è di tipo analitico e mira a scomporre e misurare ogni cosa. Questo approccio costruisce l'immagine di un mondo deterministico in cui il risultato di una qualunque serie di eventi può essere previsto solo e quando si conoscono anticipatamente le caratteristiche quantificate degli oggetti implicati. Si capisce bene come questo approccio riduttivo sia il più semplice da capire, il più utile per costruire una teoria, ma anche il più adatto a produrre forzature.

A questo approccio "classico" si contrappone da qualche decennio il paradigma sistemico². Quest'ultimo è nato quando alcuni scienziati, riuniti per affrontare problemi che alla luce della scienza classica sembravano irrisolvibili, lanciarono l'idea di costruire una "nuova scienza" per studiare i sistemi nella loro complessità. La nascente epistemologia, definita anche "scienza della complessità", privilegerà i sistemi nella loro interezza, ricercando soluzioni che si basano sul determinismo non lineare, sulla relazione tra la parte e il tutto, sulla causalità non lineare ma circolare e sul contesto in cui i fenomeni si manifestano. Questa concezione, comunque, da qualche anno, è diventata un riferimento indispensabile sia per le scienze fisiche che per quelle sociali.

LA FAMIGLIA COME SISTEMA RELAZIONALE

Rispetto alle scienze sociali, un'area di studio molto importante è rappresentata proprio dalla famiglia intesa come sistema relazionale. Questa entità sociale di cui, di volta in volta, si è esaltata o sminuita la funzione, sacralizzata o demonizzata il ruolo, decretata la scomparsa o invocata la rifondazione, rappresenta una unità funzionale, il cui compito precipuo è la crescita e la differenziazione dei suoi membri. I teorici della complessità, infatti, concettualizzano la famiglia come un sistema aperto, che funziona in relazione al suo contesto socioculturale, e che si evolve durante il ciclo vitale (vedi box). Come ogni sistema relazionale la famiglia è regolata da

alcuni principi, che qui di seguito annoveriamo brevemente.

□ *Causalità circolare.* La famiglia può essere definita come gruppo di individui interrelati in modo tale che il cambiamento di uno influenza il gruppo nel suo complesso.

□ *Non sommatività.* In quanto sistema aperto la famiglia non può essere vista come l'insieme delle caratteristiche dei singoli membri; in altri termini, l'unità funzionale familiare non è una somma di componenti, ma una struttura interconnessa e organizzata secondo specifici modelli interattivi.

□ *Comunicazione sia digitale che analogica.* La comunicazione tra i membri del sistema familiare (in realtà tra qualunque persona) ha un aspetto di "contenuto" (le informazioni su eventi, opinioni e sentimenti) e un aspetto di "relazione" (il modo con cui si comunica).

□ *Omeostasi e morfogenesi.* Le relazioni tra i membri della famiglia sono rese stabili da forze omeostatiche, che tendono a mantenere l'equilibrio in atto, correggendo ogni cambiamento mediante processi di feedback negativo e, viceversa, sono sottoposte a cambiamenti strutturali da forze morfogenetiche che agiscono rinforzando gli eventi che squilibrano il sistema, e introducendovi nuovi equilibri, attraverso processi di feedback positivo.

□ *I vincoli.* La struttura relazionale familiare consente che i suoi membri si interconnettano in base a specifici modelli di autorità e vincoli che regolano i rapporti tra i sessi e le generazioni. I tipi di vincoli e i modelli di autorità non sono il semplice prodotto delle volontà individuali, ma esprimono e incarnano i modelli del più ampio sistema sociale in cui la famiglia è inserita.

La famiglia, dunque, in quanto sistema strutturato secondo i principi suesposti, risponde fondamentalmente a due diversi obiettivi: il primo obiettivo, interno, è la protezione psicosociale dei suoi membri, la realizzazione della loro identità, del loro universo di significati e della loro individuazione; il secondo obiettivo, esterno, è l'accomodamento a una cultura (con le sue regole, i suoi modelli, i suoi valori) e la propagazione

e riproduzione di quella cultura. La famiglia, quindi, deve affrontare continuamente richieste di cambiamento, richieste che provengono da cambiamenti biologici e psicologici dei suoi componenti e dagli stimoli del sistema socio-ambientale in cui è inserita. Queste istanze di cambiamento costituiscono il banco di prova più importante per la maturazione e la crescita dell'individuo.

La capacità della struttura familiare di adattarsi misura la sua flessibilità: il cambiamento, infatti, avviene sempre con una ristrutturazione interna, che rende possibile l'acquisizione di nuovi modelli di interazione, tali da permettere l'integrazione delle nuove esperienze. Se ciò non avviene, è un segnale delle difficoltà della famiglia, della sua rigidità e della sua inadeguatezza: la famiglia diviene, allora, disfunzionale, e non è in grado di essere, come dovrebbe, sostegno e incoraggiamento alla crescita.

Un modo particolare per una struttura familiare disfunzionale di mantenersi inalterata è quello di scegliere un suo componente e farlo diventare "il problema" (il capro espiatorio). Spesso, per una complessa combinazione di spinte sociali, modelli culturali, collocazione ambientale, fase particolare del ciclo vitale familiare, situazione psicologica individuale, "il problema" è costituito dal bambino³.

Alcuni dati empirici ci confermano che l'insorgenza di un disturbo in un bambino si colloca all'interno di un conflitto familiare (anche quando il caso non è evidente, proprio perché coperto dai sintomi del bambino). Ma, come dicevamo prima, la relazione tra conflitto interno del bambino e conflitto interno nella famiglia non può essere intesa riduttivamente in termini di causa-effetto. La famiglia, infatti, offre a ciascuno dei suoi componenti l'opportunità di mettere a punto i suoi propri meccanismi di difesa, di portare a compimento un proprio, adeguato, repertorio emozionale necessario alla realizzazione di sé. A sua volta il bambino interagisce selettivamente con tutti quegli aspetti della vita familiare che favoriscono la formazione dell'immagine di sé e la realizzazione dei propri scopi personali.

Il ciclo vitale della famiglia segue uno schema che va dal corteggiamento dei due partner della coppia fino alla vecchiaia e alla morte. Qualunque sia lo stadio del ciclo vitale, il momento più importante per la maturazione dell'individuo e della sua famiglia è quello del passaggio allo stadio successivo. Queste fasi sono cariche di tensione e possono portare il gruppo familiare a sperimentare ansie e problematiche di vario tipo.

Il sistema familiare svolge le sue funzioni attraverso dei sottosistemi. Distinguiamo fondamentalmente un sottosistema genitoriale, un sottosistema dei fratelli, un sottosistema dei nonni ecc. Ogni individuo appartiene a diversi sottosistemi, in cui ha differenti gradi di potere. Un uomo può essere figlio, nipote, fratello, marito, padre e così via. I confini di un sottosistema sono le regole che definiscono chi partecipa e come vi partecipa. Perché una famiglia funzioni bene, i confini tra i sottosistemi devono essere chiari. Devono essere definiti in modo tale da permettere ai membri di esercitare le loro funzioni senza indebite interferenze, ma devono permettere il contatto fra i componenti del sottosistema e gli altri. Un sottosistema genitoriale che include una nonna e un figlio genitoriale può funzionare molto bene, nella misura in cui le linee di responsabilità e di autorità sono chiaramente tracciate (Minuchin, 1974).

La famiglia, da questo punto di vista, ha il potere di migliorare o indebolire la salute mentale del bambino, la sua capacità di aderire alla realtà, la sua capacità di far fronte ai pericoli nel corso della vita; ma, d'altra parte, non va sottovalutato il potere che il bambino, con il "problema" di cui si fa portavoce, viene ad assumere nel coprire, spostare o addirittura sanare il conflitto eventualmente presente in seno alla famiglia.

L'assunto di base, dunque, risiede nell'interdipendenza famiglia-bambino: entrambi prendono ciò di cui hanno bisogno per evolvere, ciascuno per suo conto. L'influenzamento reciproco segue la logica circolare, per cui un cambiamento dell'uno porta a un cambiamento dell'altro e viceversa. Si tratta, quindi, di una prospettiva sistemica in cui l'unità di comportamento da studiare è appunto la famiglia nel suo insieme. Padre, madre, fratelli si influenzano reciprocamente, e tutti sono influenzati sia dal rapporto fra famiglia nucleare e famiglia d'origine che dal rapporto con l'ambiente in cui l'unità funzionale vive⁴.

RELAZIONI DISFUNZIONALI NELLA FAMIGLIA

Fattori di rischio per lo sviluppo psicofisico del bambino possono essere individuati in relazioni familiari che presentano le seguenti caratteristiche interattive combinate in vari modi tra loro e/o presenti tutte contemporaneamente (vedi box):

□ **Invischiamento.** I membri della famiglia sono reciprocamente ipercoinvolti: intrudono nei pensieri, nei sentimenti e nelle attività gli uni degli altri. L'autonomia individuale è scarsa; i confini generazionali sono permeabili e i confini interpersonali sono deboli, con conseguente confusione dei ruoli.

□ **Iperprotettività.** I membri della famiglia mostrano un alto livello di interesse e sollecitudine reciproca. L'iperprotetti-

vità non aiuta il bambino a sviluppare relazioni extrafamiliari e, quando questi si ammala, l'intera famiglia si mobilita per curarlo, coprendo così conflitti in seno alla famiglia stessa.

□ **Rigidità.** La famiglia sembra non aver altro problema che la malattia del bambino. Nega, in questo modo, le altre realtà interattive, e difende i modelli relazionali abituali.

□ **Intolleranza alla conflittualità.** La soglia di tolleranza al conflitto è molto bassa. Qualunque confronto che implica differenza di opinione viene evitato. Ne deriva una mancanza di soluzione dei conflitti con ruolo centrale del bambino sintomatico nel processo di evitamento del conflitto.

□ **Coinvolgimento del bambino nel conflitto genitoriale.** I genitori sono totalmente assorbiti dai sintomi del bambino consentendo, in questo modo, ai conflitti repressi che minacciano la stabilità del sistema di rimanere nascosti.

IL PEDIATRA E LA FAMIGLIA DISFUNZIONALE

Le questioni che il pediatra affronta con maggiore frequenza sono rappresentate da alcuni imprecisati disturbi psicosomatici, da reazioni depressive, da fobie scolastiche, dalle difficoltà di apprendimento e dall'iperattività⁵.

Molte di queste problematiche non richiedono un intervento psicoterapico formale, e alcune di esse potrebbero essere risolte all'insorgenza, prima ancora che si strutturino in veri modelli relazionali disfunzionali. Naturalmente il pediatra dovrebbe imparare, attraverso un tirocinio specifico, a gestire la famiglia in difficoltà trattandola come unità vivente e, laddove la conflittualità familiare risulti troppo alta, praticare un corretto invio sistemico, che consente cioè alla famiglia di richiedere l'intervento del terapeuta senza pregiudizi né aspettative onnipotenti che possono invalidare, sin al-

l'inizio, il processo terapeutico.

ALCUNI ESEMPI

A scopo esemplificativo, e ben sapendo che in questo modo ipersemplicifichiamo dei problemi la cui complessità giustifica invece l'approccio sistemico, accenneremo alle disfunzionalità di sistemi che possono trovarsi all'interno di alcuni problemi della pediatria di tutti i giorni. Ciascuno degli argomenti che abbiamo scelto meriterebbe una trattazione assai più ampia, sia in termini biologici che relazionali, ma cercheremo solo di gettare un ponte tra quello che si è detto e quello che si può fare, tra la teoria e la quotidianità.

Il dolore senza causa

I dolori senza causa, i dolori funzionali, i dolori multipli, i dolori addominali ricorrenti, l'emicrania, le fibromialgie, costituiscono un complesso sintomatologico comune. Non si discute qui sulla "realtà" del dolore, che ha certamente un suo versante biologico, ma sul suo versante relazionale, sulla sua frequente finalizzazione all'equilibrio disfunzionale della famiglia.

Spesso quei piccoli pazienti e i loro familiari vengono mandati a casa con la rassicurazione paradossale di "stare tranquilli". Ma i bambini apprendono, sia prima che durante il processo diagnostico, che il loro dolore è un potente organizzatore della vita e delle relazioni familiari: il dolore viene cioè usato per oltrepassare i confini generazionali e ridurre le vere tensioni delle crisi di transizione.

Se il disturbo non è ancora strutturato, può essere facile, con pochi gesti e poche parole, riportare il bambino ai sottosistemi dei fratelli e/o dei coetanei, e aiutare la coppia a sollevare il bambino dalle problematiche che la riguardano.

I problemi scolastici

I problemi scolastici in bambini di intelligenza normale possono sottendere disturbi settoriali di apprendimento, disturbi di letto-scrittura, disturbi della condotta, disattenzione e iperattività; ma più spesso soltanto difetti di motivazione e/o problemi relazionali

Il vomito dello scolaro, oppure la fobia scolastica, che si manifesta come misteriosa paura che costringe il bambino a rimanere a casa, o la febbre da inganno, sono spesso l'espressione di un invi-

schiamamento con la madre, di conflittualità coniugale e di difficoltà a superare confini generazionali e interfamiliari. Riportare il bambino alla scuola, sollevandolo dal peso di prendersi cura della madre, è la prima mossa indispensabile; ma questa mossa può essere resa difficile, ancora una volta, dalla strutturazione del sintomo e dalla rigidità del sistema.

L'iperattività

Anche questo disturbo ha spesso una base organica, genetica, riconoscibile, ma, nello stesso tempo, è facile che si iscriva in una famiglia disfunzionale, o che ne accentui la disfunzionalità. Oltre che prendersi cura, nell'ambito di un network polidisciplinare, del disturbo specifico del bambino, si dovrebbe saper prevedere la riorganizzazione dei rapporti disfunzionali della famiglia e la ripresa di un sano dialogo con l'istituzione scolastica, aiutando i coniugi a collaborare con l'insegnante per ideare e realizzare specifici programmi comportamentali sia per casa che per la scuola.

La depressione

È il disturbo psichiatrico più comune nell'adolescente e, spesso, rappresenta l'epilogo del deterioramento del rapporto genitore-figlio. A volte accade che quest'ultimo tenda ad amplificare i sentimenti di non appartenenza e di insicurezza, tipici dell'età. Non è un caso che questo disturbo segua spesso la dissoluzione della famiglia o si manifesti alla nascita di nuove famiglie dopo il divorzio. In queste circostanze non si può non porre l'attenzione al ciclo vitale della famiglia problematica (la separazione o la minaccia di separazioni sono al primo posto), alle difficoltà di comunicazione intergenerazionale, alla ricettività e alla disponibilità dei genitori verso i sentimenti del ragazzo (di appartenenza e di autostima in primo luogo).

Va da sé che l'intervento su tutta la famiglia (che può prevenire la dissocialità o addirittura il suicidio dell'adolescente depresso) dovrebbe mirare ad aumentare la disponibilità dei genitori a riconoscere e correggere le difficoltà di

comunicazione tra loro stessi e con i loro figli, e a incoraggiare il ragazzo a fare affidamento sui propri genitori e ad affrontare i propri sentimenti di autostima e di non appartenenza.

Bibliografia

1. Andolfi M. Il colloquio relazionale. Roma: APF, 1994.
2. Bertalanffy L. General system theory. New York: Braziller, 1968.
3. Ackerman NW. Il ruolo della famiglia nell'insorgenza dei disturbi del bambino. Rivista Terapia Familiare 1988;27.
4. Baldascini L. La famiglia negata. In: Andolfi M, Saccu C (a cura di). La famiglia tra patologia e sviluppo. Roma: ITF, 1992.
5. Frey J, Wendorf R. Il terapeuta familiare e il pediatra. Rivista Terapia Familiare 1985.
6. Baldascini L (a cura di). Le voci dell'adolescenza. Milano: F. Angeli, 1995.
7. Baldascini L. Vita da adolescenti. Milano: F. Angeli, 1996.
8. Baldascini L. Legami terapeutici. Milano: F. Angeli, 2001.
9. Minuchin S. Famiglie e terapia della famiglia. Roma: Astrolabio, 1976.

CONCORSO

CASI INDIMENTICABILI IN PEDIATRIA AMBULATORIALE

Vicenza, venerdì 8 febbraio 2002

Tutti i lettori di *Medico e Bambino* sono fortemente invitati a inviare il loro caso per partecipare a questa giornata che vuole essere un momento di discussione e di riflessione sui differenti aspetti del lavoro quotidiano del pediatra. Attendiamo il vostro caso!

9.00-11.00 PRIMA SESSIONE (8 casi) Moderatori: A. Ventura, L. Zancan

11.00 Caffè

11.30-13.30 SECONDA SESSIONE (8 casi). Moderatori: G. Longo, L. De Seta

13.30 Colazione di lavoro

14.30-16.30 TERZA SESSIONE (8 casi) Moderatori: G. Maggiore, F. Marchetti

16.30 Tè e biscotti

17.00-18.30 Tre casi ambulatoriali visti dagli specialisti

Dermatologia - M. Cutrone

Endocrinologia - G. Tonini

Pronto soccorso - A. Lambertini

Un caso ambulatoriale visto dal prof. F. Panizon

Inviare il dattiloscritto assieme al dischetto a Giorgio Longo o Alessandro Ventura

Istituto per l'Infanzia "Burlo Garofolo" - via dell'Istria 65/1, 34134 Trieste
Clinica Pediatrica Tel 040 3785233-3785315-3785353 - Fax 040 3785362
oppure direttamente per posta elettronica a: ventura@burlo.trieste.it - longog@burlo.trieste.it

