Per una terapia sistemica “sensibile al genere”

Category: Disseminazioni,Psicologia & psicoterapia
scritto da Massimo Giuliani | 10 Marzo 2025

All’inizio degli anni 2000 ***Adriana Valle*** *e io ci occupammo per alcuni anni dei temi della differenza di genere in terapia della famiglia. Fu un lavoro che conducemmo in costante scambio con* ***Pietro Barbetta*** *e con* ***Lynn Hoffman****. Nel 2002 partecipammo al convegno della sede genovese del Centro Milanese di Terapia della Famiglia, dove portammo una relazione sul tema. Era il lavoro che qualche anno più tardi sarebbe diventato il libro Uomini e donne oltre lo specchio. Differenza di genere e terapia della famiglia (qui a sinistra la copertina: l’immagine della coppia è una elaborazione fotografica di* ***Diego Terazzi****).*

Il testo era sul sito del Centro Genovese. Con la chiusura del sito non è più reperibile in rete, e lo

ripubblico qui, come sto facendo con altro materiale sparso per la rete. Casualmente, lo pubblico nel momento in cui l'attualità ci consegna la notizia che negli Stati Uniti vengono messe al bando dalla vita pubblica delle parole, una delle quali è gender. In questa relazione, come poi nel libro sull'argomento, è una parola che ricorre di frequente: prima di essere spacciata come una specie di mostro, nemico delle famiglie e dei valori, gender era una parola relativamente nota per via dell'espressione gender studies, di cui per una serie di ragioni non si usava molto il corrispettivo italiano.
Ancora più volentieri, dunque, ripubblico questo contributo quasi giovanile, in un clima in cui si manomette il senso delle parole per liberarsi di decenni di elaborazione del pensiero.

Adriana Valle, Massimo Giuliani

Terapia sistemica "sensibile al genere". L'équipe mista e la costruzione della realtà nella terapia della famiglia

1. Premessa: com'è nato questo lavoro

L'idea di scrivere della nostra esperienza in terapia della famiglia come équipe mista (un uomo e una donna) è nata nel periodo in cui abbiamo lavorato nello studio di psicoterapia di uno dei due (in una cittadina della bassa bresciana) con coppie e famiglie in difficoltà, sulla base della premessa che l'équipe mista fosse utile all'ingaggio e al lavoro terapeutico.
Nel corso dell'attività di ricerca del Forum sulle Matrici Culturali della Diagnosi (coordinato da Pietro Barbetta presso l'Università di Bergamo) abbiamo avuto poi modo di condividere la riflessione su quanto di "costruito socialmente" ci sia nella "realtà" clinica che costruiamo nelle nostre stanze di terapia: inevitabilmente la riflessione ha coinvolto anche quanto andavamo facendo come équipe clinica. Attraverso il Forum, inoltre, siamo venuti a contatto con le idee di Mary Olson (2000) sull'anoressia e sui ruoli sessuali nella famiglia.

L'équipe si è sciolta quando una dei due autori (Adriana Valle) si è trasferita negli Stati Uniti, ma non si è interrotta l'indagine comune sulle premesse del nostro lavoro. Questa riflessione da una parte all'altra dell'Oceano ha abbracciato un tema che in Italia è molto meno sviluppato che nei paesi anglosassoni: vale a dire il ruolo e le premesse del *gender* nella terapia della famiglia. Non è un caso che la difficoltà maggiore che abbiamo incontrato nel ragionare su questi temi sia stata quella di tradurre le fonti inglesi: è soprattutto dal panorama anglosassone, infatti, che vengono i maggiori contributi sull'argomento.

Alcuni "maestri" seguono da vicino questa riflessione: citiamo con particolare gratitudine Pietro Barbetta da questa parte dell'Oceano, e,

dall’altra, Mary Olson, Marcelo Pakman e soprattutto Lynn Hoffman, con la quale continuiamo ad avere proficui scambi e che con i suoi apprezzamenti ci ha incoraggiato a continuare.

Il contributo delle autrici femministe alla terapia della famiglia è andato ben oltre il riconoscimento del ruolo subalterno della donna nella famiglia (che pure è stato il loro primo merito): il riconoscimento della costruzione sociale del genere ha aperto la strada alla possibilità di liberare i ruoli sessuali nella terapia della famiglia da premesse rigide che imprigionavano le donne quanto gli uomini. È per questo che abbiamo fatto nostra la definizione di *“gender sensitive”*, anziché semplicemente “femminista” (cfr. soprattutto Gilligan, 1982; Irigaray, 1974; Cavarero, 1997; in terapia della famiglia Burck e Daniel, 1995; Goldner, 1985 e 1988; Goldner et al., 1990; Hare-Mustin, 1978, 1986 e 1994; Hare-Mustin e Marecek, 1990; Hoffman, 1990; Jones, 1996; Olson, 2000; infine un autore maschio: Wendt, 1996; in psicoanalisi Jordan, 1995 e Surrey, 1991).

2. Dopo la “scatola nera”: le differenze individuali

2.1. La terapia familiare attraverso la rivoluzione costruttivista e sociocostruzionista

L’avvento del pensiero costruttivista prima (Maturana e Varela, 1980; cfr. Hoffman, 1990) e sociocostruzionista poi (McNamee, Gergen, 1992; cfr. Hoffman, 1990) mise in discussione la terapia della famiglia più “tecnicista” e “strategica”, giacché dimostrò l’illusorietà di un approccio “istruttivo” ai problemi e ai sistemi umani. Se un sistema – sociale o individuale – crea i propri significati in funzione delle proprie caratteristiche e della propria storia, allora le motivazioni, le premesse, le storie personali diventano importanti per il terapeuta della famiglia: nell’evoluzione del modello la “scatola nera” torna a riempirsi di contenuti o, per dirla con Bertrando (2002), dimostra di non essere mai stata vuota.
Il linguaggio diviene così il luogo privilegiato della costruzione del reale, e si fa strada l’idea che le nostre teorie contribuiscano a determinare ciò che osserviamo.

In particolare il pensiero sociocostruzionista mise in questione lo scarso interesse della terapia della famiglia per gli aspetti politici del disagio e del conflitto familiare, e la disattenzione alle disuguaglianze nella famiglia e nella società. L’idea alla base è che i significati non stanno “nella realtà” ma nel consenso sociale attorno alla realtà.

nota 1
Come dimostra Pearce (1989) la stessa “intervista circolare” tipica della tecnica (e del pensiero) milanese crea in fondo una sorta di contesto “cosmopolita” che mette a confronto varie voci e vari punti di vista. L’ipotesi sistemica è in fin dei conti un “punto di vista di secondo ordine”, ovvero una “storia sulle storie”. L’idea sociocostruzionista di una realtà (e di un Sé) risultato della relazionalità e della polifonia è in sintonia con lo spirito del pensiero milanese successivo alla scissione del gruppo originario (cfr. Selvini, 1988).

Sebbene il modello della scuola di Milano trovasse una naturale evoluzione nel pensiero del costruzionismo sociale **[nota 1]**, ciononostante il gruppo di Milano si ritrovò anche oggetto di critiche da parte delle autrici e degli autori più attenti alle problematiche della differenza (v. Dell, 1989 e Hoffman, 1990). Essi ritenevano che l'eredità batesoniana (per cui nella relazione ciascuno partecipa a un pattern di comportamento mutuo-causale) non rendesse giustizia del comportamento violento che si manifesta talvolta nei sistemi umani. La visione sovraindividuale del fenomeno violento, dicevano, non tiene conto della disparità di potere che l'istituzione familiare contiene e perpetua. Queste critiche assumono che ci sia una specie di incompatibilità fra ottica sistemica e sensibilità al genere: noi abbiamo provato ad usare questa sensibilità come una ulteriore lente per il lavoro sistemico.

3. Le linee guida del nostro lavoro

3.1. Prima linea guida: l'équipe mista come risorsa nel lavoro con la coppia

3.1.1. Conversazione riflettente e scomparsa dello specchio

Anche in seguito agli scambi con i nostri illustri interlocutori, l'idea iniziale (un po' lineare e riduzionistica) che l'équipe mista funzionasse da "specchio" per la coppia, o che agevolasse l'ingaggio terapeutico, si è andata facendo più complessa: siamo arrivati a pensare che l'uso del genere e del self di due terapeuti di diverso genere potesse aiutare a decostruire le premesse, eventualmente troppo rigide, della coppia o della famiglia: lo specchio "concreto" è scomparso, il punto di vista femminile e quello maschile hanno cominciato a confrontarsi dentro la stanza di terapia.

Per esempio, approfittando di un viaggio in Italia di Adriana Valle, ci è capitato di ricostituire l'équipe in una seduta con una delle famiglie che avevamo incontrato insieme: il terapeuta maschio ha introdotto in seduta la collega dicendo che riteneva utile il suo punto di vista femminile per comprendere delle scelte della signora in terapia, che al suo occhio maschile apparivano davvero difficili da comprendere. La nostra speranza era che tale premessa ("un uomo, per quanto terapeuta, non sempre può applicare con successo le proprie premesse maschili alla comprensione di sentimenti e vissuti di una donna") suonasse come riconoscimento della diversità e come invito al marito a incuriosirsi su aspetti del comportamento della moglie che gli sembravano probabilmente incomprensibili, segno di debolezza o addirittura folli.
Si è svolta una interessante conversazione tra le due donne, in cui la terapeuta si confrontava con la signora sulle difficoltà che una donna può affrontare quando decide di separarsi e affrontare una difficile autonomia. I due uomini facevano da spettatori al dialogo tra le due donne. In altre occasioni le due donne (la terapeuta e la paziente) possono essere rese spettatrici di una conversazione sulle premesse maschili tra il terapeuta e il marito, o la coppia di terapeuti può conversare davanti alla coppia o alla famiglia in terapia, in un intreccio di conversazioni riflettenti.

3.1.2. Comprensione e uso delle premesse di genere

Nell'esperienza di uno dei due autori di questo lavoro, il terapeuta maschio, è stato cruciale un incontro con un paziente di ventisei anni, in particolare una seduta in cui si parlava delle idee del paziente circa il suo futuro, un eventuale matrimonio e il suo ruolo in esso in confronto a quello che aveva ricoperto a suo tempo il padre nella famiglia d'origine. In quell'occasione il paziente esprimeva l'idea che il suo ruolo di maschio gli avrebbe imposto di usare anche le maniere forti con sua moglie, se ciò fosse stato utile all'"armonia" domestica. Al terapeuta, che gli rispose di essere interessato a quest'idea, dal momento che non riusciva a comprenderla poiché non gli apparteneva, chiese sorpreso: "Perché, tu non picchieresti tua moglie?". Ne seguì un lungo e interessante confronto tra "culture".
Il confronto con un altro uomo, terapeuta in questo caso, può aiutare a decostruire la propria realtà e a riconoscerla come una delle tante possibili. L'idea che fosse lecito picchiare la moglie per il bene superiore dell'"armonia" domestica non fu contrastata dal terapeuta, che preferì affiancare a quella la propria. Forse più che se avesse ricevuto una sonora predica sull'indelicatezza del picchiare una donna, il paziente cominciò a pensare che quella sua idea non era poi "necessaria", ma solo una fra le tante possibili.
Crediamo che quest'esempio spieghi in che senso la psicoterapia può diventare una forma di comunicazione "cosmopolita" (nel senso in cui Pearce, cit., intende questa parola).

Il contributo dell'équipe mista alla costruzione di senso nella terapia è la sensibilità al genere, intesa sia come comprensione delle premesse di genere, sia come possibilità di dialogare contemporaneamente con le "premesse sul maschile" e con le "premesse sul femminile" dei pazienti e del sistema in terapia. Non che un terapeuta singolo non abbia la possibilità di "comprendere" quelle premesse: nell'équipe mista abbiamo cercato, oltre che di "comprenderle" anche di "dialogare" con quelle, mettendo in scena una conversazione tra culture.

3 3.2. Seconda linea guida: riverenza e irriverenza verso i ruoli di genere

3.2.1. I ruoli di genere come costruzioni sociali o come realtà?

La rappresentazione del genere come dualismo ha semplificato il concetto di genere, oscurando la complessità dell'azione e dell'esperienza umana. Assumendo il costruzionismo sociale come cornice epistemologica diventa possibile frantumare l'apparentemente fisso linguaggio dei significati stabiliti e aprire possibilità per andare oltre la questione della differenza (Hare-Mustin e Marecek, 1990). Tutto questo discorso rispetto a cornici epistemologiche e a contesti e costruzioni sociali ha delle implicazioni cliniche ed etiche molto precise. Esiste il rischio che una pratica di cura che assuma le costruzioni come realtà o "cose" diventi una pratica oppressiva.
Ci vengono in soccorso l'idea di "irriverenza" di (Cecchin et al., 1992) e quella di "ironia essenziale" di Pearce (cit.): entrambe ci pare facciano riferimento alla capacità di essere coinvolti dentro una storia e contemporaneamente consapevoli che esiste un più ampio sistema di storie di

cui quella è parte. Essere, nel nostro caso, dentro le narrazioni circa il proprio ruolo sessuale e condividerle mantenendo però la consapevolezza che trattasi pur sempre – appunto – di "storie", di costruzioni. Essere irriverenti (o "ironici") vuol dire, in fondo, riconoscere le costruzioni come tali e non come realtà. Per quanto riguarda il tema del genere è possibile essere irriverenti riguardo alle metacostruzioni sociali di genere che definiscono l'insieme di pratiche e di atteggiamenti "tipici" della donna e l'insieme di pratiche e di atteggiamenti "tipici" dell'uomo.

Un punto di vista patriarcale assume che essere donna è un insieme di pratiche e di atteggiamenti verso la vita e che essere uomo vuol dire essere un altro insieme di pratiche e di atteggiamenti. Una prospettiva sistemica e sociocostruzionista assume l'identità come una costruzione e come un punto di vista.
Riconoscere le idee sul *gender* come costruzioni può aiutare i terapeuti ad essere più facilmente irriverenti e capaci di decostruire nella relazione terapeutica alcune premesse di genere rigide e reificate che possono bloccare le relazioni e generare sofferenza.

Nel passaggio da un'epistemologia del controllo alla costruzione sociale i terapeuti sistemici hanno maturato un interesse per i significati socialmente determinati. In questo contesto il pensiero sistemico si è intrecciato con l'interesse per il *gender* definito come una costruzione sociale. Un punto di vista critico sulla costruzione dei ruoli sessuali ci porta dunque a pensare che la dotazione biologica di un individuo abbia un rapporto indiretto e mediato con il suo ruolo sessuale, e che confondere i due piani equivalga a una confusione logica e comporti il rischio di un approccio terapeutico vicino a una pratica oppressiva.
Organizzando il mondo centriamo facilmente l'attenzione su differenze e dualità. La psicologia tradizionale, con le sue costruzioni sullo sviluppo maschile e femminile, si è inserita a pieno titolo in questa tradizione che si basa sul confrontare e comparare. Ma, per dirla con Hare-Mustin e Marecek (1990), guardare alle due facce di un problema è il modo migliore per evitarne la soluzione, dal momento che ci sono sempre più di due facce.
La dicotomia e la complementarità sono tipiche del pensiero occidentale e del contesto patriarcale. In questo contesto il maschile e il femminile sono spesso presentati come una metafora di contrasto di significati, opposizione o complementarità. L'accento è posto di frequente sulle differenze tra i generi. Crediamo che altrettanto legittimamente ci si possa chiedere cosa essi hanno in comune, dal momento che sia le somiglianze che le differenze sono innanzitutto frutto dell'operazione di un osservatore.

Due sono le implicazioni di tale dualismo:

1. *Annullamento delle differenze*. Da una parte la psicologia e le scienze sociali hanno espresso per lungo tempo un punto di vista solo maschile ("womanless psychology"). Una scarsa sensibilità al *gender* rende la psicoterapia "asessuata", rischiando di farne una pratica che discrimina una parte del genere umano e come tale una pratica oppressiva. Le principali assunzioni della psicoanalisi e delle psicologie dello sviluppo partono dall'osservazione dello sviluppo maschile, che viene assunto per definizione come "normale": queste teorie vengono poi "adattate" allo sviluppo femminile.

Allo stesso modo le caratteristiche ritenute “maschili” coincidono con quelle che molte teorie ritengono “normali” e “sane”. Per cui l’autonomia e l’orientamento al successo, ad esempio, sono assunti come valori. Tratti come la “dipendenza” e l’“orientamento alla relazione” – che nella nostra società si identificano con il femminile – sono ritenuti meno “adattivi” e dunque meno sani; l’indipendenza dal nucleo familiare è ritenuta più sana che la tendenza alla dipendenza o l’inclinazione a prendersi cura.

2. *Definizione prescrittiva di ruoli sessuali*. Dall’altra parte la psicologia con un lunga tradizione di pensiero circa le differenze individuali ha centrato l’attenzione sulle differenze sessuali. Vedere differenze ha avuto l’effetto di amplificarle e reificarle come dati di realtà. Tutto questo ha sostenuto l’azione di prescrizione di ruoli sessuali dando veste scientifica a stereotipi preesistenti.
Nella terapia con i genitori di una giovane diagnosticata come anoressica, ci siamo ritrovati ad affrontare il nodo di un sistema terapeutico (composto, oltre che da noi, dalla terapeuta individuale della ragazza e dal medico nutrizionista che l’aveva in cura) in cui era fortemente presente il pregiudizio che la ragazza dovesse raggiungere un peso superiore ai quarantotto chili. La nostra posizione è stata quella di ritenere che tale norma fosse il punto di vista, per quanto autorevole, di due professionisti, vale a dire un punto di vista fra i tanti possibili, e che per quanto ci riguardava, il punto di vista della ragazza sul suo proprio corpo e sulla sua propria alimentazione fosse altrettanto interessante.
Così la pervicacia della ragazza a stabilizzarsi sui quarantotto chili diventò la brillante strategia che le permetteva di stabilire un’equidistanza tra il modello materno di donna astinente e magra e quello paterno (contro il quale aveva combattuto all’inizio del suo dimagrimento) di donna florida e rubiconda. Abbiamo pertanto rispettato il suo diritto di pesare quanto riteneva di dover pesare, spostando la conversazione dal piano biologico a quello relazionale e dei modelli culturali

3.2.2. L’anoressia come disobbedienza ai modelli patriarcali

Quest’esempio ci aiuta anche a ridefinire certi comportamenti alimentari che spesso si usa leggere come rifiuto della femminilità, rifiuto di assomigliare alla madre ecc.. Dal nostro punto di vista il disturbo alimentare ha un senso anche alla luce della dialettica tra modelli femminili, alcuni dei quali sono fortemente privilegiati nella cultura patriarcale. Spesso attribuiamo a un modello astinente (quello che per esempio è promosso dal mondo della moda) la responsabilità della diffusione di comportamenti di riduzione dell’alimentazione; ma viene il sospetto che dietro a tale condanna ci sia anche il risentimento di una cultura maschile nei confronti di un modello femminile che “si permette” di essere astinente e di non assecondare il modello dell’abbondanza, di donna carnosa e feconda che la cultura patriarcale predilige.

Forse anche il disturbo alimentare trova un suo significato dentro questo conflitto di modelli: per qualunque forma dell’esperienza umana si offrono modelli e regole di comportamento, che costruiscono norme condivise e deviazioni dalla norma. Il cibo e il corpo, sottratti al dominio del piacere e del benessere, diventano il luogo di conflitti tra modelli culturali,

riducendo fortemente il margine di libertà 5 e di competenza morale della persona sulla propria vita e sul proprio piacere (sul concetto di “competenza morale” cfr. Cronen, 1991).
Un volume americano che ebbe un enorme successo all’inizio degli anni 90 (“Sesso e cibo”: Meadow e Weiss, 1992) paragona l’isterismo sul cibo e sul grasso alla censura e al panico che trent’anni prima circondavano il sesso e il piacere sessuale. Ottenne una grande risonanza nell’opinione pubblica grazie a un programma di liberazione dall’ansia del cibo e delle dimensioni corporee che sosteneva il primato del piacere personale e del benessere contro i modelli sociali in voga.

3.2.3. Maschile e femminile come “categorie sfumate”

Quello che abbiamo appreso dalle autrici femministe e “*gender sensitive*” a cui ci siamo accostati è che, se la psicoanalisi ha sofferto del cosiddetto “pregiudizio alfa”, che equivale a radicalizzare le differenze di genere, la terapia della famiglia ha negato quelle differenze (pregiudizio “beta”: cfr. Hare-Mustin, 1986).

nota 2
Bertrando (2002) utilizza il concetto di “fuzzy sets”, che prende a prestito dalla teoria degli insiemi, per parlare 2 delle teorie e dei modelli terapeutici. Gli “rubiamo” a nostra volta la metafora, che ci sembra fornisca la possibilità di pensare in modo nuovo alla differenza di genere.

Una terza possibilità, che può venire dal considerare il maschile e il femminile non come insiemi separati, ma come “insiemi sfumati” **[nota 2]**, permette di non negare le differenze, considerando aspetti che tradizionalmente riteniamo “maschili” o “femminili” non come esclusivamente appartenenti all’uno o all’altro insieme, ma aventi un maggiore o minore grado di appartenenza all’uno o all’altro. In questo senso riteniamo che la terapia possa avere, ad esempio, lo scopo di consentire ad un marito di sperimentare comportamenti e sentimenti che una visione rigida e tradizionale dei ruoli sessuali gli preclude, e che la distinzione tra caratteristiche di personalità maschili (quali autonomia e intraprendenza) e caratteristiche tradizionalmente ritenute “femminili” (come dipendenza e comportamenti di cura) sia da sottoporre a una severa revisione, particolarmente se si considera che una tradizione prevalentemente maschile di ricerca psicologica, esercitata su soggetti prevalentemente maschi, ha finito per far coincidere le prime con la salute mentale più delle seconde (cfr. Gilligan, 1982).

3.3. Terza linea guida: l’équipe mista come modello di relazione gilanica

Abbiamo l’impressione che trascurare le premesse di genere dei terapeuti possa oscurare una parte importante di ciò che accade nella stanza di terapia e, per di più, comporti dei rischi. Una certa consapevolezza della costruzione sociale dei ruoli sessuali riduce il rischio che anche la terapia perpetui ingiustizie sulla base della differenza di genere. Possiamo esser certi del fatto che molte terapie che si concludono felicemente con la

remissione di un sintomo non abbiano anche l'effetto di restaurare l'ordine patriarcale riducendo al silenzio qualunque questione sull'autorità e sui ruoli dettati dalla società patriarcale nella famiglia?
Allora abbiamo cominciato a porci la domanda di come la coppia mista di terapeuti contribuisca a costruire la realtà della terapia. Quale modello relazionale offre la coppia di terapeuti? Quale impatto può avere sul processo terapeutico?

La Eisler (1995; cfr. anche Barbetta, 2001) fa propria la definizione di "androcrazia" (dalle parole greche *andros*, "uomo" e *kratos*, "governo") per designare il sistema dominatore, basato sulla forza dell'uomo. A un modello androcratico contrappone un modello sociale cooperativo, unica alternativa alla supremazia di una parte dell'umanità sull'altra. Per definirlo propone il neologismo "gilania", dalle parole greche *gynè*, "donna" e *andros*, "uomo": la lettera "*l*" tra i due ha il duplice significato di unione, dal verbo inglese to link, "unire" e dal verbo greco *lyein* che significa "sciogliere" o "liberare", a indicare la liberazione delle due metà dell'umanità dalle rigide gerarchie di dominio imposte dai sistemi androcratici.

La prima implicazione sulla quale ci siamo interrogati è stata se la coppia di terapeuti non potesse costituire un modello gilanico di relazione. Ci siamo spesso chiesti cosa pensassero certe coppie, particolarmente le più conflittuali e quelle in cui i ruoli sessuali parevano più rigidi, del fatto che il terapeuta maschio si alzasse talvolta per andare a raccogliere i consigli di una collega donna; e che questa a volte lo inducesse persino a cambiare idea; e che trascorressero anche delle mezzore in una serrata negoziazione, dalla quale non uscivano se non con un'idea condivisa.
Boscolo (in Viaro, 2000) racconta di una seduta condotta con Mara Selvini Palazzoli e di come, utilizzando il rapporto con la collega come metafora della relazione della coppia in terapia, riuscì ad offrire a un marito curvo e arrendevole con una moglie loquace e invadente un modello di collaborazione tra i sessi in cui entrambi (anche lui, riguardoso terapeuta maschio a fianco dell'impetuosa Mara) avessero diritto di parola.

4. La lente del *gender*

Il punto di vista che tiene conto del *gender* diventa così una delle lenti con cui è possibile leggere sistemicamente il disagio nelle relazioni familiari. Proviamo a ripensare a un caso alla luce di questa lente.

Sabrina ha 38 anni e vive con il marito Sergio, ex etilista, e con la figlia Lidia di sedici anni nella casa della suocera. Il figlio quindicenne, Enrico, vive da circa otto anni in una comunità ed è seguito dal servizio inviante, che lo diagnosticò come psicotico all'età di sei anni. La suocera di Sabrina è la vera capofamiglia.
Sabrina è alcolista da diversi anni ed è considerata (dalla famiglia e dai servizi) incapace di essere una madre. Sergio ha tre sorelle di successo ed è operaio presso il marito di una di loro. Lidia è molto vicina alla nonna e ignora la madre. Tra Sabrina e la suocera è guerra. Alcuni anni fà Sabrina si prese cura del suocero che stava morendo. Era un uomo sofferente, che da anni viveva nel buio di una stanza con le finestre sprangate. Morì poco tempo dopo. Sabrina ne ha un ricordo struggente, colmo di nostalgia e affetto, ma

la famiglia la stigmatizzò per il fatto che si dedicasse a un vecchio pazzo.

La situazione qui descritta potrebbe essere osservata con profitto, ad esempio, attraverso la lente strutturalista.
Si può pensare, ad esempio, che la famiglia abbia confini "difettosi": la nonna paterna vive con la famiglia e ne ha assunto il comando, assumendosi il ruolo della madre ed estromettendo Sabrina. All'epoca in cui il nonno paterno viveva con loro si erano strutturate alleanze tra Sergio e la nonna, da una parte, e tra Sabrina e il nonno, dall'altra. Sabrina ha perso autorità sui figli e, probabilmente, la psicosi e l'espulsione di Enrico hanno un senso in questa cornice: magari l'arrivo del figlio maschio comportava il rischio che Sergio si riavvicinasse a Sabrina, o che questa, dopo la morte del suocero, trovasse un nuovo alleato che riequilibrava i due fronti. La terapia dovrebbe pertanto ricostituire i confini della coppia e della famiglia e ridistribuire ruoli e autorità. Di fatto questo è l'intervento che i servizi pubblici hanno tentato per anni di attuare.

Proviamo a leggere la stessa situazione attraverso la lente del *gender*: il problema diventa così quello di dare voce alla voce "differente" di Sabrina, coperta dalle voci dominanti (e, attraverso la sua, a quella degli altri esclusi della sua famiglia).
La voce di Sabrina è marginale e ridotta al silenzio. Le sue attitudini femminili alla cura, la sua stessa fragilità, sono sinonimo di debolezza e patologia, in una famiglia allargata in cui le donne detengono il potere e assumono in sé caratteristiche maschili di intraprendenza e rigidità. Quando Sabrina si prese cura del suocero, considerato pazzo, fu biasimata per questo dall'intera famiglia: le caratteristiche femminili di cura non hanno diritto di cittadinanza. La sua voce è censurata quando reclama il suo ruolo di moglie, quando chiede attenzione e protezione, un posto accanto a Sergio.
Lo stesso Sergio è emarginato, un perdente come tutti gli uomini della famiglia: alla carriera e al successo, a differenza delle sue sorelle, ha preferito il lavoro con i giovani del paese. Suona la chitarra, insegna il gioco del pallone, è un operatore del club alcolisti (in virtù del fatto che anche lui è stato etilista) e ha successo nel prendersi cura degli altri. Quando parla del problema di Sabrina e della comunità di Enrico, ne parla con tono competente da professionista.
Sabrina ha un aspetto che è difficile non definire mascolino. Non solo: sceglie un sintomo tipicamente maschile, quello dell'ubriacarsi di continuo.

La punteggiatura dell'équipe, in sé paradossale, fu quella per la quale Sabrina, continuando a bere, aveva esercitato un ruolo di cura nella propria famiglia nell'unico modo che le regole permettevano: aveva dato una madre a sua figlia, consegnandola alla nonna; aveva favorito il rapporto privilegiato tra Sergio e la madre, emarginandosi sempre di più; aveva dato una casa a Enrico, facendo in modo che restasse per parecchio tempo in comunità.
In una lunga e sofferta seduta Sabrina rievoca dolorosamente gli ultimi giorni della malattia del suocero e la dedizione che lei gli riservò. Racconta tutto questo piangendo, sotto lo sguardo sprezzante dei suoi familiari. In seduta trova uno spazio in cui per la prima volta dà voce alla propria femminilità inespressa e non riconosciuta, vissuta pienamente soltanto quando si prese cura del suocero.

Con Lynn Hoffman riteniamo che gli strumenti sistemici delle domande circolari e riflessive diano la possibilità di costruire una maggiore eguaglianza tra uomini e donne, e dare voce a chi non parla mai. Alla prima seduta Sabrina annuncia che non parlerà (a che vale farlo, se la sua voce è inascoltata e messa in ridicolo?). Non solo: sposta la sua sedia dal campo della videocamera, decidendo che sia la sua voce che il suo aspetto rimarranno nascosti. Nel corso della terapia si arrabbierà, piangerà, protesterà e alla fine si riprenderà il proprio posto davanti alla telecamera. Lentamente la sua voce tornerà udibile e ascoltata, fino al momento in cui Sabrina cercherà di negoziare con il servizio sociale un aiuto a guadagnarsi l'autonomia dal marito e dalla suocera, usufruendo di un piccolo appartamento, conservando almeno il rapporto con Enrico e ottenendo una separazione rispettosa delle sue esigenze di donna e di persona.

Quel che abbiamo fatto è stato usare la lente dei rapporti di genere accanto alle altre lenti sistemiche del nostro bagaglio (cfr. Bertrando, 1997), alle quali non abbiamo rinunciato. Questo ha arricchito la visione binoculare del nostro oggetto di osservazione e ci ha permesso di considerare un aspetto cruciale del contesto, vale a dire il modo in cui socialmente sono definiti i ruoli di genere.

Bibliografia

- Barbetta, P. (2001) *"Identificazione e incorporazione"*. In Bottiroli, G., a cura di, *Problemi del personaggio*. Bergamo University Press, Sestante.
- Bertrando, P. (1997) *Nodi familiari*. Feltrinelli, Milano.
- Bertrando, P. (2002) "La scatola vuota. Usi della teoria sistemica". Connessioni, 11: 37-51.
- Burck, C., Daniel, G. (1995), *Gender and family therapy*. Karnac Books, London.
- Cavarero, A. (1997), *Tu che mi guardi, tu che mi racconti*. Feltrinelli, Milano.
- Cecchin, G., Lane, G., Ray, W. A. (1992), *Irriverenza. Una strategia per la sopravvivenza del terapeuta*. Franco Angeli, Milano.
- Cronen, V. E. (1991), *"Coordinated Management of Meaning Theory and Postenlightenment Ethics"*. In Greenberg, K. J. (1991), *Conversations on Communication Ethic*. Ablex, New Jersey.
- Dell, P. F. (1989), "Violence and the systemic view: The problem of power". Family Process, 28: 1-14. Trad. it. "La violenza e la teoria sistemica. Il problema del potere". I quaderni di Terapia Familiare. Epistemologia clinica sistemica, Ed. Unicopli, 1: 15-38.
- Eisler, R. (1990), *The Chalice and the Blade. Our History, Our Future*. Unwin Paperbacks, London. Trad. it. *Il calice e la spada*. Anabasi, Milano, 1995.
- Gilligan, C. (1982), *In a different voice*. Harvard University Press, Cambridge. Trad. it. *Con voce di donna. Etica e formazione della personalità*. Feltrinelli, Milano, 1987.
- Goldner, V. (1985) "Feminism and family therapy". Family Process, 24: 31-47.
- Goldner, V. (1988) "Generation and gender: Normative and covert

hierarchies". Family Process, 27: 17-31.
- Goldner, V., Penn, P., Sheinberg, M., Walker, G. (1990), "Love and violence: Gender paradoxes in volatile attachments". Family Process, 29: 343-364.
- Hare-Mustin, R. T. (1978) "A Feminist Approach to Family Therapy". Family Process, 17: 181-193.
- Hare-Mustin, R. T. (1986), "The problem of gender in family therapy theory". Family Process 26: 15-28.
- Hare-Mustin, R. T. (1994), "Discourses in the mirrored room: A postmodern analysis of therapy". Family Process, 33: 19-35.
- Hare-Mustin, R. T., Marecek, J. (1990), *Making a difference: Psychology and the construction of gender*. Yale University Press, New Haven CT.
- Hoffman, L. (1990), "Constructing realities: an art of lenses". Family Process, 29: 1-12.
- Irigaray, L. (1974), *Speculum. De l'autre femme*. Les Editions de Minuit, Paris. Trad. it. *Speculum. L'altra donna*. Feltrinelli, Milano, 1975.
- Jones, E. (1996), *"Il sesso del terapeuta e il suo contributo alla costruzione del significato nella supervisione di una terapia".* In Andolfi et al., *Sentimenti e sistemi*, Cortina, Milano.
- Jordan, J. (1995), "Relational awareness: tranforming disconnection". Work in progress, The Stone Center, Wellsley College.
- Maturana, H. R., Varela, F. J. (1980), *Autopoiesis and cognition: The realization of living*. Boston, D. Reidel. Trad. it. *Autopoiesi e cognizione. La realizzazione del vivente*. Marsilio, Venezia, 1985.
- McNamee, S., Gergen, K., (eds.) (1992), *Therapy as social construction*. Sage Publications, London. Trad. it. *La terapia come costruzione sociale*. Franco Angeli, Milano, 1998.
- Meadow, R. M., Weiss, L. (1992), *Women's conflict about eating and sexuality: the relationship between food and sex*. Haworth Press. Trad. it. *Sesso e cibo. Conflitti femminili nella sessualità e nell'alimentazione*. Positive Press, Verona, 1995.
- Olson, M. (2000), *Feminism, Community and Communication*. Haworth Press.
- Pearce, B. W. (1989), *Communication and the Human Condition*, W. B. Pearce, Chicago. Trad. it. *Comunicazione e condizione umana*. Franco Angeli, Milano, 1998.
- Selvini, M. (1988), *Cronaca di una ricerca*, La Nuova Italia Scientifica, Roma.
- Surrey, J. L. (1991), *"The Self-in-relation: a theory of women's development"*. In VV. AA., *Women's Grouth in connection*. Guilford Press.
- Viaro, M. (2000) (a cura di), "In memoriam: Mara Palazzoli Selvini". Terapia Familiare, 64: 83-111.
- Wendt, R. (1996) *"Il sesso del terapeuta: al di là dell'identità di genere in Terapia"*. In Andolfi et al., *Sentimenti e sistemi*. Cortina, Milano. 10