

Affrontare la diagnosi di un figlio: una sfida evolutiva per la famiglia¹

Vittoria Giliberti*

*Collegio Europeo di Scienze Psicosociali-Ecopsys

RIASSUNTO

La diagnosi di un figlio risulta essere un'esperienza dolorosa per un genitore. Quest'ultimo si troverà a fare i conti con l'immagine reale del proprio figlio, evidentemente diversa dall'immagine del figlio ideale. Dopo una prima fase di shock e di negazione, sorgono nei genitori sentimenti contrastanti, quali rabbia, tristezza e senso di colpa.

Il lavoro qui presentato nasce dall'esperienza maturata presso il Servizio di Neuropsichiatria infantile dell'Ospedale Giuseppe Moscati di Avellino come psicologa e psicoterapeuta familiare tirocinante. L'intento è quello di riflettere sugli stati d'animo e sulle emozioni provate dalla famiglia in seguito alla diagnosi di malattia grave/cronica e sul ruolo dello psicoterapeuta familiare nell'aiutare la famiglia, in questa fase delicata del ciclo di vita, a sviluppare le risorse interne per superare la crisi familiare correlata alla diagnosi psicopatologica di un figlio.

ABSTRACT

The diagnosis of a child is a painful experience for a parent. This has to deal with the real image of his child, evidently different from the image of the ideal child-

After a first phase of shock and denial, conflicting feelings arise in the parents, such as anger, sadness and guilt.

This work aims to reflect, based on the experience gained at the Service of Child Neuropsychiatry of the Hospital Giuseppe Moscati of Avellino as a psychologist and trainee family psychotherapist, on the moods and emotions experienced by the family following the diagnosis of severe / chronic illness and on the role of the family psychotherapist in helping the family, in this critical phase of the life cycle, to develop internal resources to overcome the family crisis arising after receiving a psychopathological diagnosis of a child.

KEYWORDS: resilienza, famiglia, crisi, infanzia, risorse familiari

INTRODUZIONE

Ti proteggerò dalle paure delle ipocondrie,
dai turbamenti che oggi incontrerai per la tua via.
Dalle ingiustizie e dagli inganni del tuo tempo
dai fallimenti che per tua natura normalmente attirerai.
Ti solleverò dai dolori e dagli sbalzi di umore,
dalle ossessioni delle tue manie.
Supererò le correnti gravitazionali,
lo spazio e la luce per non farti invecchiare.
E guarirai da tutte le malattie, perché sei un essere speciale,

¹per la revisione del testo si ringrazia la Dott.ssa Mirella Galeota, Socio Ordinario SPI

Doi: 10.23823/jps.v2i2.45

*ed io, avrò cura di te...
La Cura (Franco Battiato)*

44

Accettare la diagnosi di un figlio è un'esperienza estremamente disorientante per un genitore. Presso il reparto di Neuropsichiatria Infantile dell'Ospedale Moscati di Avellino sono state, negli anni, tantissime le famiglie che hanno ricevuto una diagnosi psicopatologica per il proprio figlio. Le diagnosi in questione interessavano la sfera emotiva, l'espressione e la gestione delle emozioni (ad es. disturbi di ansia, disturbi dell'umore e dell'affettività), ma anche diagnosi riguardanti la sfera cognitiva, come ritardi dello sviluppo o ritardi dell'intelligenza, o ancora diagnosi di disturbo dello spettro autistico o di disturbi specifici dell'apprendimento. L'età di accesso al Servizio di Neuropsichiatria è molto eterogenea: da neonati con pochi mesi di vita portati da genitori preoccupati per il loro sviluppo fino a ragazzi che non hanno compiuto la maggiore età; in questi casi i genitori preoccupati per il proprio figlio, o consigliati da persone esterne, come gli insegnanti, decidono di richiedere un approfondimento.

Quando la famiglia riceve la diagnosi, sperimenta emozioni analoghe a quelle che si provano in un lutto: dopo un'iniziale fase di shock, di incredulità, di negazione, emergono vissuti di rabbia, vergogna, ansia, spesso mescolati a senso di inadeguatezza e di colpa (Castelli Gattinara & Pallini, 2015).

Le reazioni alla diagnosi possono differenziarsi per il prevalere dell'una o dell'altra emozione. Vi sono genitori che esprimono rabbia nei confronti dell'istituzione e del professionista che comunica loro la diagnosi, altri, al contrario, sentono l'operatore come unico supporto e si affidano pienamente a lui, divenendo completamente adesivi e dipendenti. Più spesso i genitori sperimentano rabbia verso il sé e anche verso il figlio a causa di identificazioni proiettive, mortificati all'idea di non essere riusciti ad adempiere al loro "compito".

L'aspetto più doloroso è il dubbio di essere implicati nella malattia del figlio. A questa sensazione il genitore può rispondere innalzando un muro come difesa al dolore e alla colpa; ciò potrebbe portare ad una disorganizzazione del sistema di accudimento tale che i genitori non sono più in grado di occuparsi efficacemente del bambino, poiché la cura sarà esclusivamente legata a gesti meccanici e vuoti. Al contrario essi potrebbero sopperire al sentimento di colpa diventando ipercoinvolti, dunque iperprotettivi o rabbiosi (Castelli Gattinara & Pallini 2015).

In ragione della sua malattia, potrebbero accontentare sempre il loro bambino, il quale comincerà a sperimentare quelli che vengono definiti come vantaggi secondari della malattia.

A volte, i genitori potranno essere talmente sopraffatti dall'ansia da sostituirsi al bambino in tutto e per tutto. In tal caso potranno offrirgli protezione limitando la sua autonomia, con la conseguenza di isolarlo ed emarginarlo dal contesto. Potranno essere affettuosi e supportivi, ma non stimolanti. Potranno, invece, arrabbiarsi con il figlio ogni qual volta non è in grado di fare qualcosa, perché non accettano il dolore che ne deriva (Castelli Gattinara & Pallini, 2015).

Tutti i sentimenti sperimentati, hanno inevitabilmente un peso sulle relazioni, in particolare, la relazione di coppia e le relazioni familiari vengono messe a dura prova, tanto da determinare, a volte, lo scioglimento dei legami familiari. In altri casi invece, i genitori, soprattutto se accompagnati ad affrontare il dolore, riescono a trovare le risorse necessarie per riorganizzare le proprie

Doi: 10.23823/jps.v2i2.45

relazioni familiari salvaguardando il benessere di ciascun componente della famiglia.

La maggior parte dei genitori che ho incontrato nella mia esperienza si sono mostrati turbati, soprattutto per diagnosi includenti la sfera emotiva ed affettiva dei bambini, piuttosto che la sfera cognitiva.

La diagnosi stessa può essere percepita secondo due modalità opposte: come una cristallizzazione esistenziale del bambino, oppure come il punto di partenza per un trattamento mirato (Castelli Gattinara & Pallini, 2015).

Chi mette in atto la prima modalità, vive la diagnosi come una sorta di “condanna” irreversibile e senza via d’uscita, e percepisce il proprio bambino come “malato” e dunque diverso dagli altri.

Al contrario, chi accetta la diagnosi, vede in essa una spinta evolutiva ed anche il trattamento viene vissuto in una prospettiva temporale orientata al futuro.

M., madre di A. (9 anni), afferma: *“Digerire la diagnosi di disturbo specifico dell’apprendimento è stato molto più semplice. Ma pensare che mia figlia abbia problemi di ansia o un disturbo delle emozioni, questo per me è stato uno shock, e ancora oggi non riesco ad accettarlo”*.

L'IMMAGINE DEL FIGLIO REALE

Per i genitori, comprendere la diagnosi del figlio è un processo di riconoscimento della realtà: soltanto dopo avere preso atto della malattia può subentrare la volontà d’incidere su di essa, mettendo in campo tutte le risorse disponibili (Castelli Gattinara & Pallini, 2015). Per prendersi cura del bambino malato, i genitori dovranno imparare ad affrontare la nuova realtà.

L’elaborazione del “lutto” della diagnosi passa necessariamente attraverso la fase di riconoscimento del figlio reale e rinuncia a quello immaginato, idealizzato e desiderato.

La malattia del figlio inevitabilmente costringe il genitore a fare i conti con la propria storia familiare e personale, con le paure ed i fantasmi del passato che hanno influenzato la propria esperienza di figlio e condizionano la percezione di sé come genitore e del proprio bambino, soprattutto in questa delicata fase, vissuta con angoscia e sensi di colpa.

Una delle funzioni fondamentali dei figli è quella di poter mantenere e rinnovare le fantasie e le illusioni condivise dalla coppia genitoriale. Un bambino “malato” e “problematico” che rompe la continuità della coppia, può mettere in grave difficoltà la possibilità e la sopravvivenza delle fantasie condivise (Giannakoulas, 2002).

È come se l’impatto con la realtà data dalla diagnosi, sia vissuta dalla coppia come una sorta di “invecchiamento”, poiché la parte infantile di entrambi i partner e della relazione di coppia scompare, *“perché il bambino reale non permette più di cogliere e mantenere le proprie illusioni reciproche”* (Giannakoulas, 2002).

Seguendo tale prospettiva, in cui il bambino ha funzione di riparazione o elaborazione di fantasie o illusioni della coppia, è interessante il contributo di Francisco Palacio Espasa.

L’autore sostiene che l’accesso alla genitorialità è caratterizzato dalla presenza e dal superamento di *“lutti evolutivi”*. Secondo Espasa, l’elaborazione dei

Doi: 10.23823/jps.v2i2.45

lutti infantili a cui il genitore deve far fronte, interessa la perdita di oggetti realmente persi (come membri della famiglia); e di oggetti fantasmatici (le rappresentazioni genitoriali idealizzate a cui non riesce a rinunciare).

Se questi lutti vengono elaborati, la genitorialità verrà vissuta in maniera costruttiva, rieditando una relazione genitore-bambino migliorata. Se i sentimenti di perdita non sono riconosciuti e poi accettati, riemergeranno nella relazione con il proprio figlio che verrà, suo malgrado, coinvolto in una dinamica fantasmatica allo scopo di compensare o nascondere la perdita non accettata (Nanzer & Palacio Espasa, 2016).

Ciò contribuirà all'evoluzione di una genitorialità di tipo narcisistico, in cui *“il bambino avrà il compito di riparare le proprie esperienze infantili idealmente desiderabili o indesiderabili a cui il narcisismo infantile del genitore non riesce a rinunciare”* (Nanzer & Palacio Espasa, 2016).

La presenza di un figlio considerato malato complica maggiormente tale elaborazione, rendendo impossibile questa affrancatura nello scenario genitoriale narcisistico. Dunque, la famiglia perde la sua tendenza evolutiva, rendendo difficili anche la percezione e il perseguimento dei suoi scopi.

La capacità di aver cura del proprio figlio, soprattutto se “malato”, richiede un faticoso lavoro di elaborazione dei propri vissuti emotivi, per imparare non solo a tollerare il carico emotivo del lavoro di cura, ma anche per saper utilizzare i propri sentimenti per comprendere al meglio l'esperienza e trovare direzioni di senso del proprio agire. *“I sentimenti, dunque, in particolare nella pratica di cura materna, divengono degli utili strumenti di lavoro, solo se questi sono oggetto di riflessione analitica, che si declina in consapevolezza dei limiti del proprio sapere ed agire, componente essenziale di una buona pratica di cura”* (Mortari, 2006).

VERSO UNA PROSPETTIVA EVOLUTIVA

La diagnosi di un figlio appartiene a quegli eventi considerati non normativi, cioè non obbligatoriamente presenti nel ciclo di vita della famiglia. Dunque, appartiene a quegli eventi che si abbattano sulla famiglia, e che vengono considerati “eventi critici e stressanti” per il funzionamento familiare (Walsh, 1993).

Partendo da una prospettiva interattiva ed evolutiva, la famiglia è chiamata, nel suo ciclo vitale, a rispondere a compiti che ne scandiscono i vari stadi di crescita.

Il compito evolutivo, in questa prospettiva, consiste in una serie di cambiamenti che si attende che la famiglia attui e che concernono le problematiche familiari essenziali e le funzioni che essa deve svolgere a favore dei suoi componenti e della società (Walsh, 1993).

Dopo una prima fase di shock e di confusione, segue una fase di adattamento familiare alla situazione che comprende un primo periodo di disorganizzazione, seguita da una fase di riaggiustamento ed infine da un nuovo livello di organizzazione.

Doi: 10.23823/jps.v2i2.45

Dunque, la crisi²², la cui etimologia deriva dal verbo greco *krino*, che in principio significava separare, cernere, e in senso più lato, discernere, giudicare, valutare, ha nel tempo assunto un'accezione negativa in quanto vuole significare un peggioramento di una situazione. Se invece riflettiamo sull'etimologia della parola, possiamo coglierne anche una sfumatura positiva, in quanto un momento di crisi cioè di riflessione, di valutazione, di discernimento, può trasformarsi nel presupposto necessario per un miglioramento, per una rinascita, per un rifiorire prossimo.

In questa prospettiva, la crisi non è riferita all'evento in sé, ma è considerata una funzione della risposta data dalla famiglia in difficoltà, funzione che comprende lo stato emotivo dei singoli, i conflitti interpersonali e il livello di disorganizzazione del sistema familiare (Walsh, 1993).

La capacità della famiglia di reagire agli eventi stressanti dipende in gran parte, dunque, dalle risorse che la famiglia possiede.

In quest'ottica lo psicoterapeuta che lavora con la famiglia, in un momento critico, è chiamato a sostenerla perché possa apprendere a padroneggiare, maneggiare e ampliare le risorse che già possiede, in modo da poterle utilizzare per superare o affrontare il momento di crisi, tanto da far fronte anche alle ulteriori e inevitabili crisi nel corso della vita.

SVILUPPARE LA RESILIENZA FAMILIARE

²² Il termine "crisi", di derivazione greca (*κρίσις*), originariamente indicava la separazione, provenendo infatti dal verbo greco *κρίνω*: "separare", appunto. Il verbo era utilizzato in riferimento alla trebbiatura, consistente nella *separazione* della granella del frumento dalla paglia e dalla pula. Da qui derivò tanto il primo significato di "separare", quanto quello traslato di "scegliere". Da qui "crisi" acquistò poi una serie di significati secondari, nel *Vocabolario della lingua greca* di Franco Montanari, oltre al primo significato di "separare", troviamo: "scelta", "giudizio", "capacità di giudizio", "discernimento", "interpretazione" di sogni, prodigi ecc. Infine – come ultima accezione di ambito medico – "crisi", "fase critica".

Nella lingua latina, come si evince dal *Campanini Carboni*: crisis, cysis- s'intende periodo critico (nella vita di una persona).

Questo spostamento, che accentua il significato tecnico della voce "crisi", conduce verso la polarizzazione negativa del vocabolo che si avrà, però, soltanto nel secondo Novecento.

Nel dizionario Salvatore Battaglia è interessante osservare che subentra il significato figurato (oggi presente come prima accezione) di "turbamento" sia a livello soggettivo, che sociale. Questa connotazione, prettamente psicologica, sancisce un ulteriore passaggio del termine "crisi": dal significato greco legato alla sua origine agricola ad una risemantizzazione di carattere psicologico.

Accanto a tale risemantizzazione, "crisi" si lega fortemente anche all'ambito economico, soprattutto in seguito al crollo della borsa di Wall Street del 1929.

Ai nostri giorni dunque il lemma "crisi" si smarca dall'ambito specialistico della medicina per assumere una connotazione economica, da un lato, psicologica, dall'altro.

La parola "crisi" è così passata ad indicare una condizione prettamente negativa che riguarda appunto un "deterioramento", un "turbamento", una "incrinatura", uno "sconvolgimento". Ciò che ancora sopravvive nel sostrato semantico originario della parola è l'idea di evoluzione delle cose, di una situazione, di una condizione fisica o psichica nel tempo.

Doi: 10.23823/jps.v2i2.45

La resilienza è un costrutto trasversale che attraversa molti ambiti. Secondo Froma Walsh, *“è la capacità di affrontare gli eventi della vita che sono fonte di crisi, uscendone rafforzati e più ricchi di risorse”* (Bertolini, 2013).

In un momento di profonda crisi familiare, causata dalla diagnosi di disabilità di un figlio, alla famiglia è richiesta una riorganizzazione radicale dell'andamento familiare che, associato al livello di gravità della disabilità, diviene ulteriore fonte di confusione, fatica e stress per tutto il sistema familiare.

Uno dei principi cardine dell'approccio di Froma Walsh è lo spostamento di focus dalle difficoltà e limiti delle famiglie e dei suoi membri, alle loro risorse e capacità, dalla patologia alla funzionalità, dalla situazione problematica alle possibilità. (Bertolini, 2013)

In questo senso la definizione di resilienza, diviene una definizione più ampia, che, oltre alla capacità di resistere alle crisi e di trovare soluzioni adattive, implica la possibilità di una crescita positiva.

Le “chiavi” della resilienza familiare, secondo il modello di Froma Walsh sono: i sistemi di credenze, le risorse organizzative della famiglia, i processi di comunicazione.

Intervenire sulle credenze comprende tutto il lavoro di depatologizzazione e contestualizzazione, la costruzione e attribuzione di senso delle crisi, delle difficoltà e sfide affrontate; significa fornire sostegno a una visione positiva del futuro, realistica ma aperta alla speranza (Bertolini, 2013).

Lavorare sugli aspetti organizzativi della famiglia implica il dover sostenere l'equilibrio tra flessibilità dell'assetto familiare, capacità di adattamento ai cambiamenti e recupero e mantenimento di una sua stabilità e struttura, che garantisca affidabilità e protezione per i suoi membri. Si punta quindi a favorire collaborazione e mutualità tra gli appartenenti al sistema, a identificare e utilizzare concretamente i supporti che possono venire dal contesto sociale più ampio, quello del lavoro, della scuola, dei servizi sociali, delle comunità di appartenenza (Bertolini, 2013).

Nell'ambito dei processi comunicativi, gli interventi promuovono la capacità di scambiare messaggi chiari, autentici, congruenti, diretti; di esprimere le emozioni, positive e negative, di nominarle, rispettando e legittimando quelle di ciascuno. Dunque, una comunicazione costruttiva, orientata alla soluzione proattiva dei problemi, che riconosce i successi ed evidenzia gli apprendimenti conseguenti a errori e difficoltà (Bertolini, 2013).

IL RUOLO DELLO PSICOTERAPEUTA CHE LAVORA CON LA FAMIGLIA

In questa cornice di riferimento, per un terapeuta, lavorare con la famiglia che ha da poco ricevuto una diagnosi di un figlio è estremamente difficile. Presupposto fondamentale è, nell'ottica della resilienza walshiana, considerare la famiglia come protagonista di un processo di adattamento, evitandone quindi la patologizzazione e la vittimizzazione. Ciò significa immetterla a pieno titolo nel processo terapeutico, sia per quanto riguarda i supporti psicologici e materiali di cui necessita, sia per quanto riguarda l'attivazione delle risorse di cui è portatrice (Bertolini, 2013).

Doi: 10.23823/jps.v2i2.45

All'interno di questa prospettiva rientra anche l'idea di attribuire al bambino considerato "malato" o problematico una competenza, rendendolo un ottimo co-terapeuta (Andolfi, 2015).

Infatti, Andolfi afferma: *"il bambino ed i suoi sintomi rappresentano una via elettiva per accedere alla famiglia e identificare i punti nodali dello sviluppo familiare, esplorare la qualità delle relazioni interpersonali, rivelare la presenza di distorsioni intergenerazionali e cercare risorse e speranza all'interno del gruppo familiare"* (Andolfi, 2015).

La ridefinizione del problema e lo spostamento del focus dal bambino al sistema familiare, esplorando le relazioni familiari, offrono la possibilità di creare una collaborazione innanzitutto con il bambino, ma anche con i genitori che incontrano un terapeuta che vede oltre le difficoltà e che osserva anche gli aspetti positivi e potenzialità.

C., padre di M. R. (8 anni), afferma, dopo circa un anno di terapia familiare, in seguito alla diagnosi di Disturbo Specifico dell'apprendimento e di Disturbo delle emozioni dell'infanzia: *"Non pensavo di poter essere di nuovo felice insieme alla mia famiglia... Quando la guardo, non vedo più le sue difficoltà, ma ho imparato a vedere anche i suoi pregi e ad apprezzarli"*.

CONCLUSIONI

Froma Walsh afferma che un aspetto fondamentale nel lavoro di sostegno alle famiglie *"è la fiducia nelle capacità e nelle risorse delle persone, nella loro spinta alla crescita; è nutrire una «convincione di fondo nelle forze e nel potenziale di tutte le famiglie, accanto ai limiti e alle vulnerabilità»* (Bertolini, 2013).

Nel percorso di accompagnamento della famiglia è fondamentale la capacità di entrare in relazione e stabilire una profonda alleanza di lavoro: saper accogliere, rispecchiare e legittimare la sofferenza e il disagio emotivo, aprendosi a conoscere e rispettare il contesto socio-culturale, valoriale e spirituale di appartenenza.

Un terapeuta che si avvicina ad una famiglia deve saper incoraggiare e facilitare la creazione di legami e connessioni che possano essere di supporto e aiuto nel fronteggiare le difficoltà, *"aiutarli a sviluppare un percorso di crescita, ad uscire dal luogo chiuso della paura ed affacciarsi alle relazioni con il mondo in una prospettiva positiva e di crescita"* (Bertolini, 2013).

È sviluppare quello che Andolfi chiama *"il terzo pianeta"*, lo spazio aperto in cui la famiglia e il terapeuta possano incontrarsi, *"per poter scoprire insieme significati relazionali nuovi per eventi passati e problemi attuali, e condividere un'esperienza di crescita interiore volta ad innescare un cambiamento"* (2015).

Nella mia personale esperienza, un ruolo importante nell'incontro con le famiglie è rivestito dalla mia risonanza emotiva, sentirmi nella stanza di terapia, quando la famiglia mi mostra la rabbia, il dolore. All'inizio è stato difficile per me entrare in contatto con emozioni di tale portata, dovendo evitare il rischio di essere risucchiata dal dramma familiare, e dunque di proiettare parti del mio Sé all'interno della relazione terapeutica.

La mia formazione mi è stata numerose volte d'aiuto, ho sempre tenuto presente il passaggio dalla prima alla seconda cibernetica (Andolfi, 2015), che ha sottolineato proprio che l'osservatore diventa parte integrante del sistema osservato, e che dunque in terapia anche il terapeuta porta i propri stati emotivi e

Doi: 10.23823/jps.v2i2.45

le sue risonanze, sottolineando la natura intersoggettiva della relazione terapeutica.

Per un giovane terapeuta è fondamentale considerare questo aspetto, poiché oltre al compito di osservare le interazioni familiari, ciò che i singoli sentono ed interpretano, deve tener conto delle sue azioni e dell'effetto che queste hanno sulla famiglia, poiché *“la relazione terapeutica diventa un processo di conoscenza e di crescita in cui entrambe le parti partecipano attivamente per creare una nuova narrativa di eventi familiari e di significati relazionali”* (Andolfi, 2015).

La supervisione esperta è stata per me un'ancora di salvezza, la possibilità di confronto, di riflessione ed autoriflessione, mi ha permesso di potermi avvicinare alle emozioni della famiglia, di concedermi di ascoltare non solo con le orecchie ma anche con il mio mondo interiore, di accettare le mie risonanze emotive e di utilizzarle ai fini terapeutici.

Ad oggi questi miei timori, le mie preoccupazioni nel lavoro con le famiglie si sono trasformati non in blocchi o paure ma in incentivi e stimoli a lavorare di più su me stessa per una crescita non solo professionale ma soprattutto personale.

Essere terapeuta è ben diverso dal fare terapia, secondo Andolfi, *“si è terapeuti solo se ci si concede la libertà di unirsi al flusso delle emozioni dei clienti”*. A mio avviso per poter essere così liberi, è necessaria l'esperienza, la formazione e anche un pizzico di coraggio.

BIBLIOGRAFIA

[1] Andolfi M. (2015), *La terapia familiare multigenerazionale*, Raffaello Cortina Editore.

[2] Bertolini G. (2013), *Sostenere la resilienza. Riflessioni a partire dal Convegno Con Froma Walsh, Quaderni di Psicologia 58*, 21-44.

[3] Castelli Gattinara P., Pallini S. (2015), *Avere un figlio gravemente malato: la reazione dei genitori alla diagnosi, Medic 23(1):9-14*.

[4] Corigliano A.N. (2002), *Curare la relazione: Saggi sulla psicoanalisi e la coppia*, Franco Angeli.

[5] Giannakoulas A., (2002), *Corteggiamento, innamoramento, amore e genitorialità*, in Corigliano A.N., *Curare la relazione: Saggi sulla psicoanalisi e la coppia*, Franco Angeli.

[6] Mortari L. (2006), *La pratica dell'aver cura*, Bruno Mondadori.

[7] Nanzer N. (2016), *Manuale di psicoterapia centrata sulla genitorialità*, Raffaello Cortina Editore.

[8] Nanzer N., Palacio Espasa F., (2016), *I mali della genitorialità*, in Nanzer N., *Manuale di psicoterapia centrata sulla genitorialità*, Raffaello Cortina Editore.

Doi: 10.23823/jps.v2i2.45

[9] Walsh F. (1993), *Stili di funzionamento familiare*, Franco Angeli.