

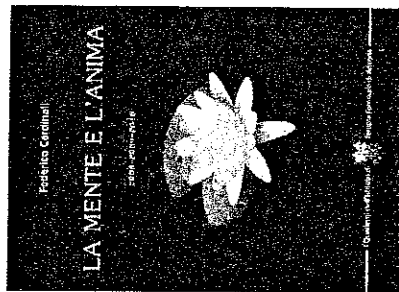
## ISTITUTO di TERAPIA FAMILIARE ANCONA

SEDE dell'Accademia di Psicoterapia della Famiglia  
ASSOCIATO alla Società Italiana di Terapia Familiare  
alla European Family Therapy Association  
all'Associazione Internazionale Mediatori Sistemici

Direttore  
FEDERICO CARDINALI  
Direttrice della didattica  
GABRIELLA GUIDI

La segreteria  
dell'Istituto  
è aperta tutti i lunedì,  
martedì e venerdì

I PROGRAMMI  
dei Corsi di Formazione  
sono disponibili  
sul nostro sito Internet  
[www.ifta.it](http://www.ifta.it)



### TAPPE DI UN VIAGGIO TRA PSICOLOGIA E SPIRITUALITÀ

IN CINQUE GRANDI CAPITOLI

1. L'uomo, questo sconosciuto
2. Vita in famiglia
3. In dialogo con la vita e con la morte
4. Tra religione e spiritualità
5. L'uomo sociale e politico

Vol. 1° pagine 360 – 10 €

Vol. 2° pagine 300 – 10 €

Editore ITFA

VIA REDIPUGLIA, 61 • 60122 ANCONA • TEL./FAX 071.204573

[www.ifta.it](http://www.ifta.it)

## Coinvolgere adolescenti riluttanti: l'efficacia di un primo incontro familiare

Matteo Selvini

### Il tabù dell'incontro congiunto genitori-adolescente

Esiste una vasta letteratura internazionale sull'estrema difficoltà ad ingaggiare in psicoterapia adolescenti definiti "sfidanti", "ad alto rischio" o "resistenti" (Sommers-Flanagan *et al.*, 2010; Oetzel e Scherer, 2003), ricerche che dimostrano che in molti contesti gli invii "coatti" degli adolescenti arrivano al 79% (Taylor *et al.*, 1985), in cui troviamo anche interessanti suggerimenti di creative strategie d'ingaggio (Marshall, 1972; Taransaud, 2011). La stragrande maggioranza degli esperti dà per scontato che la strategia ottimale o obbligata sia quella di incontrare per la prima volta l'adolescente non richiedente e non collaborante da solo. Il discorso è identico se facciamo riferimento ai più noti "adolescentologi" italiani: Tommaso Senise (Aliprandi *et al.*, 1990), Arnaldo Novelletto (1986) e Gustavo Pietropoli Charmet (1992) che, come sottolineano Andolfi e Mascellani (2010, p. 8), non mettono mai in discussione la sacralità del setting individuale. L'ostinato tabù/divieto dell'incontro congiunto con l'adolescente ed i

MATTEO SELVINI: Co-responsabile della Scuola di Psicoterapia "Mara Selvini Palazzoli" di Milano, Brescia, Mendrisio (CH), Torino.  
E-mail: [mattcoselvini@scuolamaseselvini.it](mailto:mattcoselvini@scuolamaseselvini.it)

Voglio ringraziare per le loro osservazioni e suggerimenti Joana Alegret, Stefano Cirillo, Juan Luis Linares, Roberto Mazza, Giuseppe Vinci. Nel lavoro di raccolta dei dati hanno collaborato Nadia Andreotti, Luca Codecà, Tracy Corda, Chiara Dolzadelli, Elisa Gaudino, Silvia Guertini.

*Terapia Familiare*, n. 105, 2014

suoi genitori conferma la rigidità dell'ideologismo psicoanalitico dell'individuazione/separazione.

Da più di vent'anni nella mia pratica (Selvini, 2003), così come in quella di molti collaboratori ed allievi della mia scuola, sperimentiamo un approccio molto diverso: invitare l'adolescente non richiedente per un primo colloquio congiunto con i suoi genitori, anche quando è collaborante, a maggior ragione quando non lo è. Tra i pochi sostenitori di un primo approccio congiunto posso citare il gruppo texano del "Therapeutic assessment" (Tharinger, Gentry e Finn, 2013).

### La casistica oggetto di questo studio

La resistenza dell'adolescente nei confronti della psicoterapia è atteggiamento fondamentalmente sano, in quanto il fatto stesso di stare in terapia comporta un implicito attacco alla sua autostima. La collaborazione della famiglia consente una migliore gestione di questa ferita, nei casi in cui sia proprio necessario.

Tra il 2005 e il 2013 abbiamo ricevuto 179 richieste di aiuto (gestite principalmente dallo scrivente, ma in alcuni casi anche dai colleghi d'équipe Stefano Cirillo, Paola Covini ed Anna Maria Sorrentino), nella popolazione adolescenti-giovani adulti, cioè tra i 14 e i 25 anni, ragazzi conviventi con la famiglia, per i quali la richiesta di appuntamento proviene da un familiare (madre 53%, padre 40%, fratello/sorella o altro 7%).

- I problemi per i quali siamo stati consultati sono così classificabili:
- disturbi del comportamento alimentare (prevalentemente anoressia restrittiva e bulimica, ma anche bed e obesità): 51 casi;
  - area psicotica: 35 casi;
  - disturbi del comportamento (devianza, ecc.): 34 casi;
  - disturbi della personalità (prevalentemente borderline): 28 casi;
  - problemi relazionali: 15 casi;
  - disturbi affettivi maggiori: 12 casi;
  - fobia scolastica: 7 casi;
  - tossicodipendenza: 7 casi.

In questa casistica non è il giovane che ci contatta: nella metà delle situazioni (90 casi) è collaborativo, nel senso che, seppur spesso con compiacenza, atteggiamento rinunciatario, dubbi ed ambivalenze, è attivo nell'esprimere una domanda e nel dare una descrizione/definizione di un problema durante il primo colloquio congiunto con i genitori (o uno dei genitori in una minoranza di casi).

In altri 89 casi il giovane o è assente (29) o trascinato/muto/ostile/negativista (60 casi), cioè non descrive o definisce un suo problema, piuttosto ne nega l'esistenza. Nei casi di assenza confluiscono motivazioni diverse. Nella maggioranza il giovane è radicalmente ostile ad ogni aiuto psicologico, talvolta sono però i familiari che devono trovare un accordo (vedi soprattutto i genitori separati) o vogliono prima conoscere lo specialista, o sono incapaci di comunicare con il figlio. Ho calcolato in quanti casi di queste tre categorie (collaboranti, assenti, presenti ma non collaboranti) sono riuscito ad avviare una presa in carico significativa (valutazione soggettiva di una relazione terapeutica non irrilevante) ed in quanti casi tutto si è interrotto apparentemente sterilmente, in uno o massimo due colloqui (abbandoni).

- Dei 90 adolescenti collaboranti: 80 prese in carico. Il caso più frequente dei 10 drop-out è quello del giovane già in terapia individuale che rifiuta di fare anche una terapia familiare come proposto/desiderato dai genitori.
- Dei 29 assenti: 12 prese in carico (41%).
- Dei 60 presenti ma non collaboranti: 47 prese in carico (78%).

Tab. 1

	Presenti con familiari e collaboranti	Assenti: vengono solo i familiari	Presenti ma non collaboranti	Totale generale
Presenza in carico	80	12	47	139
Abbandoni	10	17	13	40
Totale	90	29	60	179

Questo tasso di abbandoni del 22% conferma il dato della mia precedente ricerca (Selvini, 2003) e quindi la maggiore efficacia di un approccio sistemico-individuale rispetto al "purismo" sistemico degli anni '80.

Far parlare di sé il giovane alla presenza dei suoi genitori riteniamo sia il più attivante dei possibili contesti di primo approccio: è infatti frequentissimo che un ragazzo, che era stato descritto come riluttante/oppositivo, si renda collaborante nel primo colloquio congiunto.

### Rafforzare il ruolo guida dei genitori

Nella nostra casistica, così come si legge nella letteratura, molto spesso i genitori vorrebbero delegare al professionista il figlio adolescente, a

causa di loro ambivalenze, sensi di colpa, incapacità a mettersi in gioco, segreti o altro. Ma è proprio questa "complicità" espulsiva tra terapeuta e genitore che va evitata: mai iniziare vedendo l'adolescente non richiedente da solo. Il colloquio iniziale congiunto è molto efficace nell'aprire la strada ad un lavoro psicoterapeutico, viceversa (come mostra quel 41%) l'assenza del giovane resta un segnale negativo, anche se la gravità non ne è l'unica causa (vedi anche l'inconciliabilità del conflitto tra i genitori, la bassa motivazione, la scarsa autorevolezza dei genitori, la diffidenza/paura rispetto al chiedere aiuto, ecc.). Ciò non toglie che possano esistere casi in cui un incontro iniziale con i soli genitori (o un genitore) possa essere costruttivo, ad esempio per generare consenso nella famiglia e fiducia nel terapeuta.

Tuttavia il dato ci incoraggia a dire ai genitori che è preferibile che il giovane venga fin dalla prima volta.

L'altro commento a questi dati è quello che questa procedura di presa in carico è efficace per realizzare la presa in carico di adolescenti *molto* difficili: 78% è davvero un dato molto elevato, in comparazione con quello che ho trovato nella letteratura. Ad esempio, nella ricerca di Andolfi sugli esiti delle terapie familiari (2001) sono molte le terapie familiari e di coppia che non iniziano: 41,5%. Si tratta di un dato fisiologico, almeno in una certa misura, data la difficoltà di attivare fiducia, motivazione e cooperazione in una coppia o famiglia (Friedlander, Escudero e Heatherington, 2013). Tuttavia la nostra esperienza dimostra come questo dato possa essere migliorato. Soprattutto voglio mostrare come si possa fare molto meglio degli ancora più elevati tassi di abbandono di chi tenta di ingaggiare con colloqui individuali gli adolescenti non richiedenti. Infatti la letteratura riporta una percentuale di abbandoni del 60% (Taylor *et al.*, 1985) pur non distinguendo tra adolescenti richiedenti e non richiedenti. Al contrario Elida Romano (2012) descrive un'eccellente pratica di collaborazione con l'adolescente e la sua famiglia durante crisi acute che richiedono un'ospedalizzazione (Unità Clinica Le Clos Bénard, Parigi), che ripropone il modello dell'incontro iniziale congiunto.

Invitare l'adolescente da solo può comunicare un'implicita e quindi potentissima squalifica dei suoi genitori, figure che al contrario hanno di solito bisogno di essere sostenute e rafforzate: di fronte ad un adolescente problematico, che non chiede di essere aiutato, guidare i familiari affinché, con delicatezza, cerchino di portarlo con loro ad incontrare congiuntamente un esperto, è una tattica/tecnica più efficace del cercare di organizzare un incontro dell'adolescente da solo con il professionista.

E questo per i seguenti motivi.

1. Aumentano, e di molto, le probabilità che l'adolescente arrivi ad incontrare l'esperto.
2. L'incontro diviene più significativo perché se l'adolescente arriva ostile, mutatico, passivo, oppositivo, l'ascoltare le domande del terapeuta e le risposte dei familiari è possibile/probabile che lo attivi. L'incontro familiare lo aiuta a mettersi in gioco molto più di un incontro individuale affrontato con atteggiamento negativista.
3. L'incontro familiare è più efficace e rapido nel cominciare a valutare non solo le risorse/patologie dell'adolescente, ma contemporaneamente quelle dei familiari. Aumenta così, e di molto, la rapidità delle eventuali misure per la messa in sicurezza dell'adolescente, con prescrizioni alla famiglia o misure di allontanamento. Ad esempio quando i livelli di aggressività sono eccessivi può essere necessario separare la famiglia nel corso dello stesso primo incontro. L'economicità è un vantaggio incontrovertibile (si veda National Alliance, 2013).
4. Non solo l'incontro familiare può servire per constatare l'urgenza di misure di protezione dell'adolescente da familiari ostili/violenti, ma anche essere il primo passo di un processo di riconciliazione: rituale fortemente simbolico di condivisione, autocritica ed appartenenza. È quindi preziosissimo in contesti dove la fiducia di base è lacerata e l'attaccamento disorganizzato.
5. Una situazione positiva emblematica è quella di quando i familiari, fianco a fianco con l'adolescente, si dimostrano capaci di dare l'esempio nell'aprirsi e nel mettersi in discussione.
6. Contrariamente a quel che si potrebbe pensare, quando è un familiare a prendere il primo contatto con l'esperto, è rarissimo che l'adolescente si opponga all'incontro familiare e "negozi" di venire invece da solo. Ma se accade può essere un buon segno e va sicuramente accettato! Seppur con qualche eccezione: si veda il tossicodipendente o l'anoressica che faccia un uso manipolatorio di questa richiesta, con il fine di prendere tempo, rispetto ad una "minaccia" di comunità/ricovero.
7. Quando la domanda è solo dei familiari ci sono elevate probabilità che la psicopatologia e il disturbo della personalità siano gravi (c'è anche qualche familiare patologicamente ansioso, ma sono casi sporadici). La seduta congiunta può allora farci incontrare pazienti psicotici gravi non trattati e consentire un'immediata presa in carico che rimedi alla negazione/sottovalutazione del problema in atto fino ad allora.

8. Aver incontrato, anche per una sola volta, un adolescente negatavista, ci consente di avere maggiori informazioni/credibilità per guidare i genitori, anche se successivamente il ragazzo risulterà irraggiungibile e non trattabile in senso psicoterapeutico.
9. Una vastissima letteratura (a partire da Selvini Palazzoli, 1963) dimostra che il tentativo di costruire un'alleanza terapeutica con questi ragazzi attraverso sedute individuali, prassi tipica dell'approccio psicodinamico, e cognitivista, e di molti altri, richiede spesso anni. Taransaud (2011) parla di due anni, produce innumerevoli abbandoni della terapia, e per di più può dare cattivi risultati perché l'adolescente talvolta vive la terapia individuale stessa come un (ennesimo) abbandono/delega del genitore, e questo può portare ad un pericoloso allontanamento affettivo dell'adolescente dai suoi genitori, oltre ad un transfert negativo sul terapeuta (Selvini, 2014).

### La difficoltà del primo incontro. Il ruolo di guida del conduttore

Il primo incontro con un adolescente difficile "portato" dai genitori è delicato e difficile. Il rischio di un abbandono immediato del ragazzo/a o dei familiari è molto forte.

L'obiettivo essenziale di stabilire una relazione significativa richiede un atteggiamento attivo e diretto da parte del conduttore. Sarebbe fallimentare mettersi in posizione di ascolto, verremmo travolti dalle intenzioni disfunzionali, mentre dobbiamo tentare di produrre un'esperienza innovativa/correttiva. Le linee guida di un primo colloquio puntano sulla co-costruzione dell'autorevolezza del terapeuta e sull'intensità del coinvolgimento emotivo, in primo luogo dell'adolescente. Tuttavia rispetto a questi obiettivi è prioritario, anche proprio cronologicamente, che un primo incontro familiare garantisca a tutti i partecipanti uno *spazio motivatamente sicuro* (Escudero *et al.*, 2010).

Costruire un contesto di condivisione dove nessuno si senta attaccato è la premessa indispensabile a tutte le tecniche di conduzione e di ingaggio che descriverò più avanti.

### Conduzione del primo contatto

Proponiamo le seguenti linee guida per la presa in carico dell'adolescente non richiedente (Selvini, 2005).

Nel primo contatto/telefonata valutiamo se, almeno per quel che può prevedere il genitore che ci telefona, l'adolescente potrebbe essere disponibile a partecipare ad un incontro con un esperto, accompagnato dai genitori. Mi occuperò di tutte le situazioni in cui il buon esito di questo invito non è pacifico, ma anzi problematico, in un modo che tuttavia può variare molto da una situazione all'altra.

Quando il familiare al telefono ci porta la testimonianza di problemi di una certa entità, ma non è l'adolescente che ha sollecitato l'intervento di un esperto, né ha davvero chiesto aiuto, spesso i genitori non gli hanno ancora parlato di andare dallo psicologo, in quanto non si sa come potrebbe accogliere la proposta, talvolta addirittura il genitore teme reazioni brusche ad un invito del genere, oppure il ragazzo ha già rifiutato, magari dopo qualche esperienza con colleghi vissuta in modo negativo. Accade che il genitore chieda consiglio su come invitarlo.

Possiamo spiegare che spesso l'adolescente accetta più volentieri una riunione familiare per parlare di quello che non va in famiglia, piuttosto che un suo personale invito dallo "strizzacervelli", che molto più nettamente lo mette nel ruolo di paziente/malato/matto. È più che opportuno che il genitore non stia troppo a discutere se il figlio ha o non ha un problema, ma dichiarare che sicuramente lui stesso è in crisi relativamente a come dargli sostegno e guida. A volte il genitore obietta che il figlio non accetta un incontro insieme con loro, ed allora possiamo spiegare che sarebbe utile comunicargli che il formato familiare è più utile per farsi una prima idea della situazione, successivamente potrà sicuramente avere uno spazio a lui solo dedicato.

In ogni caso non escludiamo che possa venire da solo per un primo colloquio, ma dato che non è la strada migliore, cercheremo di farcene dire i motivi. Di fatto è molto molto raro che, a partire da una chiamata/richiesta di un genitore, possa seguire un incontro individuale con un adolescente, a meno che non sia l'esperto stesso, commettendo un grave errore, a favorire questo tipo di passaggio, come accade nel modo di procedere dei colleghi di formazione psicodinamica. Nel caso che il genitore espliciti con particolare insistenza che il figlio non vuole venire con i genitori, è buona pratica richiamarlo direttamente sul cellulare, per capire le sue motivazioni, accettarle (radicale sfiducia nei genitori o fondate ragioni di riservatezza) e iniziare così una proficua collaborazione, alla quale anche i genitori sono chiamati a partecipare.

Questo nei casi in cui l'adolescente si dimostrerà una valida risorsa collaborativa. In altri casi questa tattica non funziona. Il ragazzo cerca

solo di prendere tempo, finge di collaborare o non ci riesce perché troppo sofferente. Esprime il suo rifiuto dei genitori opponendosi alle sedute congiunte.

Un altro classico tema di questa iniziale negoziazione è quello della convocazione dell'altro genitore (in questi casi di solito il padre) di cui talvolta si tenta di perpetuare una storica esclusione/squalifica (della serie i padri non servono e non contano...) oppure del significato opposto: i problemi della ragazza/o sono stupidaggini di cui si può occupare la mamma. Anche in questo caso la nostra, inizialmente ferma, indicazione di avere entrambi i genitori, sarà flessibile: c'è una separazione molto conflittuale e l'altro genitore non è nemmeno al corrente del problema, oppure il padre è violento, paziente psichiatrico, in una relazione molto molto conflittuale con il ragazzo. O ancora il padre è uscito da tempo dalla vita del figlio/a. Certamente non accetteremo giustificazioni "sciocche" come impegni lavorativi o simili.

Troppi colleghi, alle prese con adolescenti minorenni figli di separati, si accontentano dell'escamotage burocratico e stupido di farsi portare un foglio con il consenso del genitore non affidatario e/o disimpegnato.

Avendo in mente *una prima seduta centrata sul tentativo di creare una relazione personale con l'adolescente* eviteremo di invitare eventuali fratelli e sorelle, che in quella sede risulterebbero solo un aggravio, un'inutile complicazione. Si vedano i follow up di Andolfi e coll. (2001) sulla difficoltà di coinvolgere costruttivamente i fratelli nelle terapie familiari per un paziente anoressico/psicotico. Ma anche qui possono esserci delle eccezioni: è la sorella stessa a chiamare, oppure un fratello ha espressamente chiesto di poter essere presente, o sembra essere più competente/autorevole dei genitori stessi.

Per concludere, vanno date indicazioni affinché l'adolescente sia sollecitato a partecipare: «Vieni almeno questa volta, per dare il tuo parere su questa strada e questa persona, fammi questo favore, fallo per me...», ma non forzato, ricattato, obbligato o pagato. Se infatti solo queste ultime sono le condizioni indispensabili per una sua apparizione, inviteremo i genitori a venire solo loro per un incontro preliminare di esame della situazione.

Può anche accadere che genitori ansiosi o diffidenti vogliano venire da soli ad un primo colloquio per valutare dove potrebbero portare il figlio. Accetteremo, ma dobbiamo avvisarli che non è di solito una buona idea (vedi i dati statistici riportati poco fa).

## Caurela nel proporre/accettare incontri preliminari con i familiari

Molti colleghi terapeuti individuali sostengono che non è una buona idea incontrare i genitori o altri familiari prima dell'adolescente stesso (Rubenstein, 2005). Tuttavia anche questa è una prassi utilizzata da molti professionisti o strutture consultoriali, anche allo scopo legale di garantirsi un consenso certo all'intervento psicologico individuale. La nostra esperienza ci ha mostrato come un incontro preliminare con i genitori sia svalutante/infantilizzante ed anche contraddittorio, perché dato che vogliamo attivare il protagonismo del ragazzo rispetto alle sue difficoltà, non è logico iniziare con il passivizzarlo/escluderlo.

Inoltre adolescenti diffidenti potrebbero essere stimolati a sospettare un'alleanza/complotto ai loro danni.

Nello stesso tempo non ha proprio senso fargli affrontare da solo un'esperienza che non ha scelto/deciso lui e che molto probabilmente lo preoccupa, dato che non sa cosa aspettarsi. Magari ci sono fantasie di essere puniti, umiliati, criticati, trattati con farmaci o addirittura ricoverati! (Keating-Cosgrave, 2006).

È evidente che l'atto stesso di chiedere per lui una visita specialistica per problemi psichici, mentali, comportamentali, contiene una implicita e quindi potentissima connotazione negativa: «C'è qualcosa che non va in te, ed è qualcosa di molto importante che concerne la tua stessa persona».

Sarà chiaro che questo messaggio potrebbe essere difficile da reggere, e ancor più se l'adolescente teme ci sia del vero... È quindi un passaggio davvero critico in cui ha bisogno del massimo sostegno/accompagnamento, non certo di essere mandato allo sbaraglio verso l'ignoto.

È completamente diverso quando il ragazzo matura una sua propria motivazione e desiderio, confrontandosi in modo collaborativo con familiari ed amici. Gli invii "coati" sono invece solitamente l'esito di una confrontazione: «Stai male, hai bisogno di aiuto, siamo preoccupati», che può essere necessaria, ma è anche assai dura. Nel caso i genitori insistano per un primo incontro senza l'adolescente dobbiamo caldamente raccomandare la trasparenza della comunicazione: «Vedremo un esperto per noi e per te, se ci piacerà ti chiederemo di venire con noi una volta per conoscerlo». Di solito non ci obbediranno, ma resta importante averlo raccomandato.

## Come iniziare il primo colloquio congiunto

Anche se sono una minoranza, in senso statistico, sono assai importanti quei casi in cui attraverso una valida alleanza terapeutica con i genitori riusciamo a fare un buon lavoro per il ragazzo, e questo succede abitualmente con situazioni non troppo gravi, di area nevrotica nel segno dell'ansia/ipertrofitività (Selvini Palazzoli *et al.*, 1973. Vinci, comunicazione personale). Altre volte, una buona collaborazione con i genitori apre la strada al rapporto con il ragazzo talvolta, molto semplicemente, costruendo il fattivo consenso di genitori separati sull'aiuto psicologico ad un figlio ancora minore.

La scaletta per la conduzione di un primo colloquio genitori-adolescenti prevede di iniziare con un riferimento molto sintetico al primo contatto con uno dei genitori (vi spiego come siamo arrivati all'incontro di oggi) una richiesta di aiuto di cui non necessariamente ripeterò gli esatti termini della definizione del problema (ad esempio non dirò: «Il papà è preoccupato per i numerosi furti da te compiuti in casa»). Proprio per non rischiare di attivare un contesto accusatorio e quindi insicuro mi terrò più prudentemente e molto genericamente sul tema di un disagio personale e relazionale. Chiederò quindi all'adolescente "con che animo" viene all'incontro. In questo articolo non mi occuperò di tutte le risposte più incoraggianti: curiosità, speranza di essere aiutato, trovare un accordo con i genitori, sentire il parere di un esperto, ecc. Passerò invece in rassegna le risposte negative o scoraggianti: silenzio, "non so", "credo che non serva a niente", "sono stata costretta" e così via.

In campo sistemico la prima domanda è generalmente pensata nei termini di un "purismo" relazionale. Si veda ad esempio la versione sistemo/provocatoria di Andolfi che chiede ad un diciottenne trascinato in terapia dai famigliari, che lo considerano un mostro (minaccioso, violento, obeso): «Perché mi hai portato questa famiglia, oggi?» (Andolfi-Mascellani, 2010, p. 51). Un'imposizione che mi pare pericolosa nella sua poco trasparente seduttività verso il ragazzo ed implicita connotazione negativa dei famigliari. E se fossero tutte vittime di un trauma extrafamiliare non identificato?

Se alla prima domanda di "assaggio" la chiusura c'è stata, ma non drastica, un successivo tentativo di approccio potrebbe essere: «Cosa ti piacerebbe cambiare di te o della tua famiglia? Cosa ti preoccupa o ti pesa di più della tua vita attuale?».

Oppure la collega Joana Alegret (comunicazione personale) propone:

«Ti ringrazio per la tua sincerità nel dire che non volevi venire. Facciamo il patto che io e te qui saremo sempre sinceri. Se fossi tu a chiedere che migliori qualcosa sia di te che del contesto della tua vita, che cosa chiederesti?».

Riteniamo più coinvolgente ed equilibrato proporre una domanda mista individuale/relazionale piuttosto che una domanda puramente relazionale, come nell'esempio sopraccitato di Andolfi.

Anche gli adolescenti collaboranti sono abitualmente assai ambivalenti rispetto alla relazione terapeutica, in realtà la distinzione tra adolescenti collaboranti e non è piuttosto fittizia/apparente/relativa: come abbiamo visto palesemente confermato dai nostri 179 casi, quasi mai un adolescente è davvero richiedente, magari chiede aiuto perché spaventato, ma solo su un sintomo che lo disturba (ad esempio Simona, 17 anni, bulimica, peso normale, chiede insistentemente il ricovero perché pensa che solo così riuscirà a dimagrire...). Infatti i 90 adolescenti che ho classificato come collaboranti appartengono in larga misura a due categorie come atteggiamento al primo incontro.

1. *Gli sfiduciati*. Vengono con i genitori, parlano, riconoscono di avere un problema, ma fanno capire in molti modi di non credere né nella terapia, né nei genitori e soprattutto non in loro stessi! La loro collaborazione tende quindi ad avvicinarsi molto ad una resistenza passiva.

2. *I compiacenti*. Formalmente inappuntabili, carini, sorridenti, parlanti, collaboranti, ma presto si capirà che non dicono quello che pensano davvero, bloccati da timori reverenziali, protezione per qualche familiare, paura di essere attaccati.

Quindi anche questi ragazzi devono essere "conquistati" dalla terapia, e molte delle tecniche che descriverò in questo articolo possono essere usate anche con loro.

## Novi modi di presentarsi degli adolescenti riluttanti

Provo a elencarli in ordine di gravità/difficoltà di trattamento, in modo molto indicativo perché quella di *come* si presentano (o *non* si presentano) è solo una, seppur importante, delle variabili prognostiche.

Riporto accanto ad ogni tipo la percentuale sul totale degli adolescenti non collaboranti.

1. **IL MATTO**. La pazzia pura ci lascia stupefatti (7 casi). L'adolescente esibisce la sua follia. Ad esempio, sconcertante delirio o

ebefrenica demenza. Altre volte pare svelare suo malgrado il grave distacco dalla realtà. Contatto/ingaggio/alleanza immediata impossibile.

Si deve attivare un intervento psichiatrico, coordinarci se è già in atto, impostare un nostro lavoro psicopedagogico per la messa in sicurezza, per individuare e contrastare i fattori di scempeno/ritraumatizzazione.

In questa prima fase ci guarderemo bene dal parlare di cause relazionali del disagio (Selvini, 2003) e questo è un criterio generale: non inquinare con la colpevolizzazione dei familiari il focus primario sulla sofferenza dell'adolescente. Tuttavia una prudente ipotesi sistemica sulla difficile posizione del ragazzo nella famiglia potrebbe anche essere una tattica utile per entrare in contatto con il giovane, ma anche per valutare la disponibilità a mettersi in gioco dei genitori (Selvini, 2008).

**2. LA VITTIMA. "Il perseguitato" (4 casi).** L'adolescente viene traucinato e si presenta con un atteggiamento di acritico e irrazionale vittimismo nei confronti dei familiari, li accusa drammaticamente su contenuti che appaiono inconsistenti. I genitori, dal canto loro, sono molto poco autocritici. Anche questa è una situazione dove l'ingaggio dell'adolescente è impossibile. Punteremo sulla sola messa in sicurezza: ad esempio diminuire l'ostilità dei familiari verso il paziente.

**3. L'ASSENTE. Non vuole proprio vederci (29 casi).** In molti casi il suo rifiuto a presentarsi è drastico. I genitori devono rassegnarsi a venire senza di lui, almeno inizialmente. Questo è probabile segnali una gravità importante di tipo psicotico/schizoide/paranoide/gravi traumi. Ad esempio non si presenta quella ragazzina che successivamente scopriremo plagiata da un fidanzato che la picchia pesantemente, una ragazza che attraverso una fase di pesante alcolismo parassuicidario, ecc.

In presenza di una grave psicopatologia questi casi segnalano un'importante incapacità dei familiari a garantire una messa in sicurezza del paziente e l'adolescente erige un importante muro di diffidenza e dispe-razione.

Sono trattamenti difficilissimi proprio quando il ritiro di questi ragazzi si colloca nella citata area di tipo schizofrenico, schizoide e paranoide. Invece in alcuni casi l'evitamento è soltanto il frutto di un'intensa fobia sociale. Può allora succedere che, una volta conquistata la fiducia dei genitori, il paziente accetti di presentarsi, magari chiedendo un primo incontro da solo, e si possa così iniziare una buona terapia, esperienza recente con una quattordicenne da due anni chiusa in casa. Una

minoranza di questi ragazzi (20% circa) sono potenzialmente collaboranti. Solamente i genitori non hanno saputo o potuto portarli.

**4. IL BUGIARDO. Illusione e fregatura (4 casi).** L'adolescente viene perché costretto dai familiari, ma finge, spesso anche assai abilmente, di collaborare, con ottimo linguaggio psicologico. Ma non siamo nell'area benigna della compiacenza, bensì in quella ben peggiore dell'autentica menzogna. Molto frequentemente questi ragazzi vivono una grave dipendenza che negano o banalizzano, ad esempio il paziente ha un grosso problema di abuso di sostanze che mina totalmente la sua messa in sicurezza. Oppure il suo stato dissociativo di tipo Pollyanna, cioè un inossidabile "turto va bene", rende apparente/illusorio il contatto con lei (grave anoressica restrittiva con perdita di peso inarrestabile fino all'imminenza di morte senza misure coercitive). È il caso di pazienti che descrittivamente potrebbero essere definiti "bugiardi patologici".

La psicoterapia individuale e familiare non è praticabile, è necessaria una messa in sicurezza strutturale attraverso il collocamento in comunità o analoghi provvedimenti.

**5. IL BARRICATO. Mura presenza: mugugni e monosillabi (9 casi).** L'adolescente viene trincerato in una silenziosa ma ostinata diffidenza che lo rende irraggiungibile. Oltre al già citato tema della messa in sicurezza, un possibile cambiamento è affidato al riuscire ad attuare una costruttiva messa in discussione dei genitori. Anche qui potremmo cercare di proporre ipotesi sistemiche che sottolineano la sua difficile posizione nella famiglia. Infatti è fondamentale quanto il genitore riesca a mettersi in discussione davanti al ragazzo.

**6. LO SCLERATO. Furia esplosiva (4 casi).** L'adolescente viene con ambivalenza e poi la seduta familiare lo fa "sclerare", esplosione di forte aggressività in seduta. Molto spesso troviamo una storia di violenza nelle relazioni, dove il violento è un padre o un patrigno che nega o banalizza i suoi maltrattamenti. Qui salvare la seduta come luogo sicuro può essere difficile o impossibile. Procediamo immediatamente con formati disgiunti. È molto importante essere tempestivi nell'interrompere una seduta che ha preso questa pessima piega. La situazione è traumatica per il terapeuta quando lui stesso diventa il bersaglio della furia. E deve anche chiedersi quali errori ha commesso.

**7. IL DISSOCIATO. Ci è volato via dalla sedura (5 casi).** Il paziente si dissocia in sedura. Un adolescente adottivo si addormenta mentre si comincia a parlare dei suoi ripetuti furti in casa, una sedicenne scivola in una trance mutacica mentre il padre minimizza/banalizza le sue difficoltà.

Entrambe le situazioni mostrano l'evidenza di una grave reazione post-traumatica di tipo dissociativo. Sia i casi del precedente tipo sclerato che di questo tipo mostrano una possibile controindicazione alla sedura familiare congiunta.

In modo più palese i casi del tipo sclerato dove la reazione aggressiva "fight" richiede l'immediata sospensione della sedura familiare con la divisione dei partecipanti in due sottogruppi. Ma anche nei casi di dissociazione eclatante possiamo ipotizzare l'utilità di sperimentare da subito formati disgiunti e/o condurre sedute familiari che evitino quelle tematiche che hanno scatenato quei fenomeni dissociativi.

**8. IL TONTO. Scoraggiante irraggiungibilità (10 casi).** Possono esserci portati dei ragazzi che, seppur con una certa perplessità e diffidenza, rispondono alle nostre domande. Le loro risposte sono però scoraggianti per la loro banalità ed ottusità del tipo: "Non ho voglia di studiare", "l'unico problema è che i miei genitori non mi lasciano star fuori la notte fino a tardi" o "non trovo lavoro" o altri simili stereotipati luoghi comuni.

Un ragazzo di vent'anni, figlio unico, portato dal padre separato, non sapeva fornire alcuna sensata spiegazione per tutta una serie di suoi allarmanti comportamenti: risse, auto distrutte, incidenti sul lavoro legati al non rispetto delle misure di sicurezza, ecc. Anche il padre appariva piuttosto incapace di andare oltre il lamentarsi delle malefatte del figlio. La sedura comincia ad avere un qualche senso ed utilità quando si scopre che questo ragazzo, fino ai sedici anni, è stato in balia di una madre paziente psichiatrica, delirante, aggressiva, imprevedibile, della quale ha cercato in qualche modo di occuparsi, fino a quando si è arreso per andare a vivere e lavorare con il padre.

La restituzione finale della sedura può essere così centrata sulla necessità di riconoscere e trattare il trauma grave e prolungato provocato dall'essere affidato ad una madre così sofferente. Si veda il concetto di trauma ambiguo (Boss, 1999). In questi casi può essere molto utile impostare un lavoro psico-educativo sul trauma (Selvini, Sorrentino e Gritti, 2012).

**9. LO SFIDANTE. Il piacere della lotta (17 casi).** L'adolescente viene portato o trascinato da familiari e colleghi invianti, ma presenta un'aperta ed esplicita sfiducia nell'aiuto offerto. La capacità di esprimersi di questi ragazzi, seppur in modo provocatorio e pessimistico, è comunque una capacità di contatto prognosticamente positiva. L'assenza di una messa in sicurezza può essere meno grave.

Una diciottenne è ricoverata in psichiatria da mesi per ripetuti tentativi di suicidio. Il suo psichiatra la convince molto faticosamente a tentare una terapia familiare. La ragazza arriva molto sprezzante, lei ha deciso di morire, e per essere più convincente la sera prima si è bruciata in più punti la faccia con la sigaretta. Questa ragazza, anche grazie al fatto che i familiari e i colleghi sono riusciti a lavorare bene per la messa in sicurezza, si è aperta ad una buona collaborazione, almeno nelle sedute familiari, e abbiamo avuto un rapido miglioramento sintomatico.

In questi casi possiamo accettare la sfida: se i familiari collaborano è molto probabile che riusciremo a coinvolgere l'adolescente in ipotesi sistemiche che attraccano, ad esempio, la sua idealizzazione della famiglia, come nel caso che ho appena citato.

### Ragioni dell'utilità del formato congiunto

Riassumendo, in tutta quest'area dell'oppositività dell'adolescente in crisi, privilegeremo inizialmente un formato familiare congiunto genitori-figli. Ma con le significative eccezioni citate relative all'adolescente dissociato o "sclerato". Infatti va presa in considerazione la possibilità che solo in un contesto più individuale, protetto rispetto all'aggressiva autodifesa della famiglia, l'adolescente possa raccontare eventuali traumi/abusi rispetto ai quali non è stato protetto dalla famiglia. Ma resta preferibile iniziare un percorso individuale *dopo* almeno un tentativo di seduta congiunta.

**L'importanza di un colloquio familiare iniziale per condividere le storie personali e familiari**

Nell'affrontare insieme alla famiglia lo stato di crisi di un adolescente sperimentiamo la fattibilità di un *forte rituale di condivisione e di appartenenza*.



Quando il primo colloquio non chiude la porta alla praticabilità di una consultazione familiare anche breve (tre, quattro sedute), farà parte della nostra restituzione/contratto, alla fine del primo colloquio, l'esplicitare la necessità di una conoscenza dettagliata della storia della famiglia e dei suoi singoli membri, proprio per poter meglio inquadrare nel loro contesto le difficoltà che sono state descritte e commentate nel primo incontro congiunto.

Molto raramente questo passaggio attraverso un'anamnesi collettiva suscita delle resistenze.

Ecco allora che possiamo realizzare una seduta "democratica" dove lo stesso spazio sarà dedicato ad ogni membro della famiglia.

Per raccontare sinteticamente la loro vita, rispondendo ad una serie semistrutturata di domande, ad esempio, chiedendo a tutti di rievocare il momento più difficile della loro vita. Questa può divenire un'esperienza emotivamente coinvolgente che inizia a testare un fattore di cambiamento appena citato: la capacità di ognuno di fare dei collegamenti tra la propria storia e la relazione con l'adolescente "designato" e le sue difficoltà. (Per la scaletta di questo incontro di raccolta della storia familiare si veda il già citato Selvini, 2003).

### Inventare una nuova definizione del problema da risolvere

Quasi regolarmente le famiglie arrivano in conflitto, aperto o implicito, sulla definizione del vero problema da risolvere. Ad esempio, come si vedrà nel caso di Gianni, per il padre il figlio è maltrasciato perché la mamma l'ha protetto troppo, per la madre il problema è l'ostilità del padre verso il figlio e il figlio vuole solo difendersi dalle accuse di pazzia, cartiveria, stupidità. Non è facile mettere d'accordo tre agende così diverse, ma di sicuro non possiamo allearci con nessuna delle fazioni, dobbiamo inventare un problema da risolvere che punti a metterli tutti d'accordo, nel segno del riconoscimento della sofferenza dell'adolescente (Selvini, 2003).

Per fare questo si possono utilizzare cinque tecniche.

a) **Ridefinizione relazionale.** Ridefinire un problema portato come individuale, almeno dalla maggioranza dei familiari, in un problema relazionale. Ad esempio potremmo commentare come per questa figlia unica possa essere difficile staccarsi da una mamma che è vissuta solo per lei negli ultimi sedici anni...

In alcune prime sedute, il fatto che il genitore parli dei problemi che lui stesso ha con il ragazzo (e non dei problemi del ragazzo) può risultare attrivante positivamente la partecipazione dell'adolescente.

Talvolta la ridefinizione relazionale potrebbe però essere una tecnica piuttosto debole, o pericolosa, l'ultima spiaggia se non riusciamo ad inventare niente di meglio. Il rischio è infatti quello di colpevolizzare sterilmente i familiari, di alimentare i conflitti nella famiglia o anche quello di dire qualcosa troppo risaputo. È quindi molto meglio se usiamo questa restituzione in combinazione con una delle quattro tecniche seguenti.

b) **Ipotesi sistemica.** Il terapeuta ipotizza che la sofferenza, ad esempio di un figlio, possa essere collegata ad una posizione sfavorevole che è venuto ad occupare nel sistema familiare, per circostanze non legate alla cattiva volontà di alcuno: ad esempio si è sentito escluso dalla forte alleanza della mamma con il primogenito, favorita dal forte impegno lavorativo del padre.

Questa tecnica può essere utile per agganciare gli adolescenti più difficili, favorendo il passaggio della negazione di avere un problema al ruolo di vittima. Presenta anche dei rischi, quale quello di una sorta di istigazione del paziente. Può essere usata se valutiamo che i familiari abbiano una buona capacità di mettersi in discussione e se possiamo sperare di dire qualcosa di inaspettato. Se i familiari hanno buone risorse autocritiche può dare risultati immediati. Si distingue dalla ridefinizione relazionale perché la sua territorialità è al minimo triadica.

c) **Tratto disfunzionale di personalità.** Dopo che il terapeuta ha raccolto una descrizione tutta individuale di un sintomo, ed in assenza di opposizione aperta del paziente su questa sua descrizione, può fornire una spiegazione psicologica intrapersonale del sintomo (Selvini, 2003, 2008). Ad esempio, l'anorexia restrittiva è una difesa contro un sentimento di inadeguatezza. Invita i familiari a discuterne, a portare esempi, a proporre le loro teorie della malattia. Questo materiale di solito consente di concludere la prima seduta proponendo un legame tra il sintomo e un tratto disfunzionale di personalità. Ad esempio, nell'anorexia restrittiva l'inadeguatezza potrebbe essere provocata da eccesso di compiacenza ed incapacità di sostenere il conflitto.

È questa la tecnica di elezione con tutti gli adolescenti non richiedenti ma collaboranti. Tuttavia può essere usata anche con i più difficili,

“dosandola” congiuntamente alle due tecniche precedenti. Può infatti essere molto utile per contrastare visioni mediche o moralistiche e restare la possibilità di riunificare la famiglia su un’ipotesi psicologica individuale che precedentemente non era stata mai presa in considerazione. Testiamo le possibilità empatiche dei familiari di vedere/accogliere la sofferenza del paziente in modo non accusatorio/stigmatizzante.

Vediamo più in dettaglio il caso tipico di un paziente grave che nega l’esistenza di un problema.

Mi chiama la mamma di Gianni, 24 anni, l’ultimo di quattro, ci sono tre sorelle molto più grandi laureate e sposate. Questa famiglia l’avevo già conosciuta due anni prima, in seguito a uno scoppio delirante del ragazzo, durante la sua prima esperienza lavorativa, dopo una carriera di adolescente isolato, bullizzato, fallito a scuola, obeso. Era venuta tutta la famiglia, ma all’ultimo momento Gianni si era sottratto. Avevo tentato l’invio ad un ex allieva psichiatra e psicoterapeuta, anche perché vivono ad un’ora e mezza da Milano, ma non aveva funzionato. Questa volta riescono a portarmelo. Il padre non c’è, l’accompagnano la mamma e la sorella senza figli. Cerco di entrare in contatto con questo ragazzo obeso, che sembra un po’ tonto, tuttavia è parecchio reattivo, dice di non aver bisogno di niente, l’unico problema è che non trova lavoro. I farmaci li ha smessi perché lo facevano ingrassare, passa le giornate al bar. Tuttavia mi chiede solo dei farmaci, spiega che è preoccupato per il suo funzionamento sessuale, dato che ha in giro delle donne “da martellare”. La mamma e la sorella parlano di un padre che lo ha sempre criticato: “fannullone”, sottolineano le buone doti che ha mostrato nello sport, nel prendere subito la patente. Tuttavia non possono parlare delle sue difficoltà perché Gianni s’inalbera con rabbia e le zittisce. È evidente come sia tutto reso a difendersi dalle due mega squalifiche che pendono sulla sua testa: “matto” e “scemo”. La sorella sottolinea come un grandissimo successo che abbia accettato di venire.

Devo trovare il modo d’ingaggiarlo nella terapia. Sarebbe un errore usare ipotesi sistemiche, perché nella famiglia circola già troppa negatività: «È colpa della mamma troppo chioccia», «No, è colpa del padre troppo esigente ed ipercritico». La priorità è che Gianni possa essere visto nell’unicità della sua sofferenza e costruire su questo una collaborazione con tutti. Concludo allora sul tratto di personalità più evidente durante la seduta: «Caro Gianni, il tuo problema psicologico è che hai troppa paura del giudizio, quando qualcosa ti pare una critica ti arabbii subito, oggi è successo almeno cinque volte!». Gianni: «Dice che sono permaloso?». Terapeuta: «Certo, moltissimo, ed è un guaio per i colloqui di lavoro». La sorella il giorno dopo mi riferirà che Gianni è stato contento del colloquio e mi ha trovato simpatico.

d) **Psicopedagogia del trauma.** È una variante fondamentale che unifica ipotesi sistemica e tratto disfunzionale. Ne abbiamo già visto un esempio a proposito dell’adolescente “tonto”.

e) **Coinvolgere l’adolescente come testimone partecipe di problemi familiari.** Ad esempio un ragazzo “barricato” ascolta la mamma condividerla con il terapeuta e con lui stesso le difficoltà che sta vivendo con l’ex partner e con la famiglia di origine. Questo “buon esempio” lo attiverà, in una seduta successiva, ad affrontare le sue difficoltà con la mamma.

Queste tecniche non esauriscono il discorso sulla costruzione dell’alleanza terapeutica. Ho solo lo spazio per citare l’obiettivo dell’intensità emotiva del contatto multi parziale con ogni membro della famiglia, anche sul registro della leggerezza/ironia e attraverso il far sentire l’adolescente autenticamente ascoltato.

## Conclusioni

Gli adolescenti riluttanti sono uno dei terreni della massima utilità delle sedute familiari: queste sedute sono però anche le più difficili e faticose. Spero di avere incoraggiato ad affrontare questa nobile sfida, che spaventa di fatto la gran parte dei professionisti, portandoli a rifugiarsi nella meno efficace strategia degli incontri disgiunti: individuali con l’adolescente oppure con i soli genitori.

## RIASSUNTO

*Con una ricerca su 179 casi visti negli ultimi otto anni l’autore discute l’efficacia di un primo incontro familiare per coinvolgere nel trattamento gli adolescenti non richiedenti, cioè la quasi totalità degli adolescenti che giungono a contatto di uno psicoterapeuta.*

*Descritta una tipologia di nove tipi di adolescenti non collaboranti e di due tipi di collaboranti, vengono esposte le linee guida e le tecniche della presa in carico dell’adolescente, dal primo contatto fino al primo/secondo colloquio familiare: sicurezza nella seduta, coinvolgimento emotivo, autorevolezza del terapeuta, spiegazioni psicologiche, condivisione delle proprie storie, ricostruzione di appartenenza.*

*Parole chiave: invii coatti, combattere la delega dei genitori, spazio di sicurezza, accompagnare l’adolescente, inventare una nuova definizione del problema.*

## SUMMARY

Following a research on 179 cases assessed in the last 8 years the author discusses the efficacy of an introductory familiar meeting in order to involve into treatment non requiring teen agers, which means nearly all the teen agers that come in contact with a psychotherapist. After describing nine kinds of non-cooperative teen agers and two cooperative ones, the guidelines and the taking charge techniques are dealt with, from the first contact to the first/second family meeting: safety of the meeting, emotional implications, authority of the therapist, psychological explanations, sharing of personal stories, rebuilding of membership.

Keywords: forced charge, to oppose the parents' delegation, safety area, to accompany the teen ager, to invent a new definition of the problem.

## BIBLIOGRAFIA

- Aliprandi M.T. et al. (1990). *Psicoterapia breve di individuazione*. Milano: Feltrinelli.
- Aliprandi M.T., Pelanda E., Senise T. (1990). *Psicoterapia breve di individuazione. La metodologia di Tommaso Senise nella consultazione con un adolescente*. Milano: Feltrinelli.
- Andolfi, M., Mascellani, A. (2010). *Storie di adolescenza*. Milano: Raffaello Cortina.
- Andolfi M., Angelo C., D'Arena M. (2001). *La terapia narrata dalle famiglie*. Milano: Raffaello Cortina.
- Baldaschini L. (1993). *Vita da adolescenti*. Milano: FrancoAngeli.
- Boss P. (1999). *Ambiguity Loss. Learning to live with unresolved grief*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Cancrini L., Vinci G. (2013). *Conversazioni sulla psicoterapia*. Roma: Alpes Italia.
- Cirillo S., Mazza R. et al. (1996). *La famiglia del tossicodipendente*. Milano: Raffaello Cortina.
- Escudero V., Muniz de la Pena C. (2010). Adolescentes y familias en conflicto: un modelo de intervención focalizada en la alianza terapéutica. *Sistemas Familiares*, 1, 61-91.
- Friedlander M., Escudero V., Heatherington L. (2006). *Alleanze terapeutiche nella terapia di coppia e della famiglia* (trad. it.: Roma: Firera e Liuzzo, 2011).
- Higham J.E., Friedlander M., Escudero V., Diamond C. (2012). Engaging reluctant adolescents in family therapy: an exploratory study of in-session processes of change. *J. Fam. Th.*, 34 (1): 24-52.  
DOI: 10.1111/j.1467-6427.2011.00571.x
- Liddle H.A. (1995). Conceptual clinical dimensions of multidimensional multisystems engagement strategy in family based adolescent treatment. *Psychotherapy*, 32: 39-58.
- Keating V., Cosgrave E. (2006). The first ten minutes: clinicians perspectives on engaging adolescents in therapy. *Australian Journal of Guidance and Counselling*, 16, 2: 141-147.  
DOI: 10.1017/s0022377807006861

- Mariotti M., Frison R. (2000). *Relazioni terapeutiche e adolescenti multiproblematici*. Milano: FrancoAngeli.
- Marshall R. (1972). The treatment of resistances in psychotherapy of children and adolescents. *Psychotherapy: Theory Research and Practice*, 9, 2: 143-148.
- National Institute for Health and Care Excellence (2013). *Antisocial behaviour and conduct disorders in children and young people: recognition, intervention and management. Nice clinical guide*, 158.
- Oerzel K.B., Scherer D.G. (2003). Therapeutic engagement with adolescents in psychotherapy. *Psychotherapy: Theory Research and Practice*, 40, 3: 215-225.
- Pietropoli Charmet G., Rosci E. (1992). *La seconda nascita*. Milano: Unicopli.
- Romano E. (2012). L'adolescenza in attesa. In: Onnis L. (a cura di), *La terapia familiare*. Milano: Franco Angeli.
- Rubenstein A.K. (2005). Methods to engage the reluctant adolescent. In: Koocher G.P.H., Norcross J.C., Hill S.S. (eds.), *Psychologists' desk reference* (2nd edn). New York: Oxford University, pp. 1169-1175.
- Selvini M. (2003). Tecniche di presa in carico psicoterapeutica di un paziente non richiedente. *Terapia Familiare*, 73: 5-33.
- Selvini M. (2008). Undici tipi di personalità. L'integrazione della diagnosi di personalità nel pensiero sistemico complesso. *Ecologia della Mente*, 31: 29-56.
- Selvini M. (2010). Un terapeuta sistemico cacciatore e allevatore. *Psicobiettivo*, XXX.  
DOI: 10.3280/PSOB2010-001004
- Selvini M. (2014). L'integrazione della diagnosi di personalità e dei funzionamenti post-traumatici nel pensiero sistemico. *Ecologia della Mente*, 37, 1: 49-59.  
DOI: 10.1712/1507.16559
- Selvini M., Sorrentino A.M., Gritti M.C. (2012). Promuovere la resilienza "individuale-sistemica": un modello a sei fasi. *Psicobiettivo*, XXXII.  
DOI: 10.3280/PSOB2012-003003
- Selvini Palazzoli M. et al. (1973). Il trattamento dei bambini attraverso la terapia breve dei genitori. Ripubblicato in Selvini M. (2004). *Reinventare la psicoterapia*. Milano: Raffaello Cortina.
- Selvini Palazzoli M. et al. (1998). *Ragazze anoressiche e bulimiche*. Milano: Raffaello Cortina.
- Sommers-Flanagan J., Richardson B.G., Sommers-Flanagan R. (2010). A multi-theoretical, evidence-based approach for understanding and managing adolescent resistance to psychotherapy. *J. Contemp. Psychother.*, 41: 69-80.
- Taransaud D. (2011). *You think I'm evil*. London: Worth Publishing.
- Taylor L., Adelman H.S., Kaser-Boyd N. (1985). Exploring Minors' reluctance and dissatisfaction with psychotherapy. *Professional Psychology: research and practice*, 16, 3: 418-425.
- Tharinger D.J., Gentry L.B., Finn S.E. (2013). *Therapeutic assessment with adolescents and their parents*. In: Saklofske D., Schwann V. (eds.) (in press), *Oxford Handbook of Psychological Assessment of Children and Adolescent*. New York: Oxford University Press.