

terapia familiare

rivista interdisciplinare di ricerca e intervento relazionale

N. 84 - Luglio 2007 - A.P.F.

Rodolfo de Bernart
Un grande maestro che forse non era un terapeuta: Jay Haley

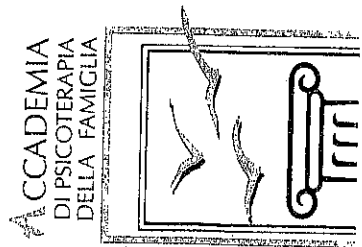
Matteo Selvini
Dodici dimensioni per orientare la diagnosi sistemica

**Alessio Vieno, Gianluca Gini, Massimo Santinello,
Massimo Mirandola**
Bullismo e vittimizzazione: il ruolo degli stili genitoriali durante la fase preadolescenziale

Lorrie Brubacher
L'integrazione della terapia centrata sulle emozioni con il modello di Virginia Satir

Opinioni a confronto: Bambini e terapia familiare
Intervista con Anna Maria Sorrentino e Stefano Cirillo

Bibliografia ragionata su:
Jay Haley
A cura di Rodolfo de Bernart



Dodici dimensioni per orientare la diagnosi sistemica

Matteo Selvini

Premessa generale

Per diagnosi sistemica intendo quelle valutazioni che scaturiscono da due elementi fondamentali:

1. la conoscenza dei *dati di fatto* della storia del paziente e della sua famiglia. I dati di fatto più importanti sono quelli che escono immediatamente come elementi necessari per inquadrare la descrizione di un problema (atto iniziale di ogni consultazione): morti, separazioni, composizione della famiglia, differenze di età, ordine di nascita, gravi malattie, ecc. Mi riferisco qui alle informazioni più macroscopiche, quelle più cariche di evidenza e quindi relativamente meno interpretabili;
2. l'osservazione nel *qui ed ora* di come la famiglia si rapporta sia al suo interno che con il professionista che entra in contatto con lei. Per definizione quindi la diagnosi sistemica propriamente detta si basa soprattutto sulla possibilità di osservare in diretta l'interazione di una famiglia nella stanza della terapia, anche se altrettanto utili sono le testimonianze di quegli operatori che entrano sistematicamente in contatto con ciascuno dei membri della famiglia (altri psicoterapeuti, medici, educatori, insegnanti, assistenti sociali, ecc.). La diagnosi sistemica valuta il *qui ed ora* della famiglia (aspetto sincronico), pur, come abbiamo visto, tenendo conto di alcuni fatti che segnano la storia di quella persona e di quella famiglia (aspetto diacronico).

MATTEO SELVINI: Co-responsabile della Scuola di Psicoterapia della Famiglia "Mara Selvini Palazzoni" di Milano. Nell'elaborazione di questo articolo sono stato molto aiutato dai consigli e suggerimenti di Stefano Cirillo, Roberto Berrini, Paola Covini e Paola Morosini.

Terapia familiare, n. 84, 2007

In questo si differenzia da un altro importante sistema diagnostico relazionale: quello trigenazionale, che si focalizza invece sulla storia e sui processi di trasmissione di tratti e comportamenti attraverso le generazioni, altra radice essenziale della tradizione della terapia familiare, basti pensare a pionieri come Lidz (1963), Bowen (1979), Framo (1992), ecc., che ci hanno parlato di trasmissione di irrazionalità, indifferenziazione, ecc. e a tutta l'ampia letteratura sui cicli trigenazionali (ad esempio dell'abuso sessuale, o del potere patriarcale, o della dipendenza dall'alcol, e così via). È trigenazionale quella valutazione che parte dalla riflessione su quale bambino/figlio è stato il genitore e quindi quali modelli avrà interiorizzato. Si è identificato con un genitore violento? È stato il "pangliaccio" rianimatore di una coppia depressa? Ha cercato di non occuparsi di una situazione difficile e di pensare solo a se stesso? I molti modi possibili in cui quella persona che incontriamo come genitore avrà vissuto ed elaborato la sua posizione di figlio avranno di sicuro un'influenza decisiva sulla sua identità generale e quindi anche sulla sua genitorialità.

La diagnosi trigenazionale fa quindi riferimento agli aspetti dia-cronici, mentre in questo articolo mi concentrerò sugli aspetti sincronici, legati cioè al qui ed ora della valutazione relazionale, aspetti che definiscono appunto *sistemici*.

La mia scelta è ispirata ad un criterio operativo, che ci dice che la diagnosi sistemica (o ipotizzazione, vedi Selvini Palazzoli *et al.*, 1980) per la sua maggior semplicità va utilizzata soprattutto nella fase di consultazione, cioè nella fase iniziale del trattamento familiare, dopo la valutazione della domanda, mentre in linea di massima la diagnosi trigenazionale e le diagnosi individuali diventano operative in una fase successiva. Molti terapeuti familiari rifiutano di far ricorso anche alla diagnosi individuale, vista come "euchettante": del mio punto di vista su questo dibattito mi sono occupato in un altro lavoro scritto parallelamente a questo (Selvini, 2006). Viceversa in una consultazione individuale la diagnosi di personalità diviene operativa prima di quella sistemica o trigenazionale.

La diagnosi sistemica è complessa perché storicamente sono stati utilizzati in ordine sparso tutta una serie di concetti chiave e molti pionieri hanno legato il loro nome ad uno di questi. Sono nate diverse "scuole", non ci sono stati dei veri o riusciti tentativi di costruire una teoria unitaria che categorizzasse i diversi modi di funzionamento dei sistemi familiari. I tentativi più specifici sono stati quelli più fallimentari, ad esempio

il doppio legame nella famiglia dello schizofrenico (Bateson *et al.*, 1956), o altre modalità connesse alla famiglia del paziente con una determinata patologia (Selvini Palazzoli *et al.*, 1998). Altre classificazioni sono utili ma troppo generali: invischiate/disimpegnate (Minuchin, 1974), funzionale/disfunzionale, l'interazione simmetrica/complementare (Watzlawick *et al.*, 1967), l'indifferenziazione (Bowen, 1979) e altri concetti come ad esempio "omeostasi rigida". In questo articolo propongo una classificazione del funzionamento secondo dodici dimensioni non disgiunte e non gerarchizzate rilevabili in un continuum assenza/intre-medio/presenza cioè collocandole rispetto a polarità opposte.

Il criterio per utilizzare o privilegiare l'una o l'altra delle dodici dimensioni sistemiche è quello dell'*evidenza* o immediatezza: quanto si presenta molto chiaramente e consente un intervento semplice che la famiglia può comprendere, accettare, mettere in atto.

Ho scritto questo articolo con tre obiettivi:

1. quello fondamentale è legato all'insegnamento della pratica terapeutica: aiutare il terapeuta sistemico in formazione o il terapeuta di altro orientamento a capire cos'è la diagnosi sistemica e come si può arrivare a formularla;
2. in secondo luogo per dare un contributo alla migliore definizione dei sistemi diagnostici (o di valutazione) che il terapeuta sistemico dev'essere in grado di padroneggiare: cercare di definire la diagnosi sistemica implicitamente rimarca la differenza con gli altri sei sistemi diagnostici che ritengo indispensabili: 1) tipologia della domanda d'aiuto, 2) psicopatologia, 3) tipo di attaccamento, 4) trigenazionale, 5) personalità, 6) emozioni del terapeuta;
3. infine, sempre sul piano della teoria clinica, mi auguro che questo tentativo di sistematizzazione delle dimensioni sistemiche aiuti a costruire dei collegamenti con gli altri sistemi diagnostici cui ho accennato qui sopra. In particolare, come si vedrà in qualche accenno nel corso dell'articolo, trovo interessante contribuire alla ricerca, oggi relativamente poco praticata, delle connessioni tra posizione individuale in un sistema e tipo di personalità.

Non ho quindi la pretesa di costruire in un articolo una teoria sistemica unificata, voglio solo mettere a disposizione un materiale che mi auguro sia didatticamente utile, ed insieme fare qualche modesta proposta sulla definizione e lo sviluppo della teoria sistemica.

Cercherò ora di illustrare le dodici dimensioni che ho potuto definire.

1. Dimensione strutturale

È quella classica inaugurata da Minuchin (1974), che si occupa dell'organigramma della famiglia in termini di gerarchie rispettate, vicinanza/lontananza, confini, sottosistemi. Consente tutta una serie di strategie operative immediate. Ad esempio, nella struttura con madre e figlio molto vicini e padre assente, si lavora per riavvicinare il figlio al padre e staccarlo dalla madre, come insegna la letteratura sui tossicodipendenti maschi, a partire da Stanton e Todd (1982).

Gli esempi sono infiniti: negli interventi del nostro gruppo si lavora per riavvicinare genitori troppo distanti tra loro (prescrizione invariabile, Selvini Palazzoli *et al.*, 1988) oppure per ridimensionare un figlio che ha assunto una leadership incongrua (fratello inviante prestigioso, Selvini Palazzoli *et al.*, 1985).

Come dicevo poco sopra, la ricerca clinica sistemica ha per molti anni tentato di collegare una certa configurazione anche strutturale della famiglia con una specifica psicopatologia individuale: la famiglia dello schizofrenico (Haley, 1959), la famiglia dell'anoressica (Selvini Palazzoli *et al.*, 1974) e così via. Questo programma di ricerca è fallito in quanto concettualmente errato nell'operare un'eccessiva semplificazione delle variabili in gioco. Per questo abbiamo più recentemente parlato della necessità di un approccio che metta in correlazione tra loro tre poli: famiglia, sintomo e personalità (Selvini Palazzoli *et al.*, 1998).

È tuttavia possibile individuare delle specifiche strutture familiari che con una probabilità molto maggiore della pura casualità si associano a specifici sintomi o disturbi della personalità.

Ad esempio una struttura molto *paritaria* delle relazioni familiari (assenza di confini e gerarchie, precoce ma instabile responsabilizzazione dei figli, scambio di ruoli tra genitori e figli, madre e figlia che appaiono come due sorelle...) è osservabile in presenza di una patologia della personalità, sia dei genitori che dei figli, di area drammatica (specialmente nei tipi borderline ed istrionico).

Tuttavia, non va mai dimenticato che neppure tra tratti di personalità e configurazioni familiari si può mai stabilire un legame di causalità lineare, data la natura complessa di questi fenomeni.

Un problema che voglio toccare, ma non posso approfondire, in questo articolo, è quello di come possono essere studiate o osservate

queste dodici dimensioni. La dimensione strutturale è quella più osservabile direttamente attraverso la consultazione familiare stessa, ad esempio attraverso i comportamenti non verbali: come le persone si siedono, chi tocca chi, chi guarda chi, ci dà una prima immediata percezione dei sottosistemi nella famiglia, analogamente bastano generalmente pochi minuti di conversazione familiare per avere una buona misura della coesione della coppia genitoriale. Altre informazioni chiave si devono ottenere attraverso specifiche domande: è una fonte di interessantissime osservazioni sulla struttura della famiglia chiedere come è fatta la casa e soprattutto chi dorme con chi e dove. Ad esempio ancora ricordo il figlio unico tossicodipendente di un ricco imprenditore separato dalla moglie che nell'attico di duecento metri quadrati non aveva una sua stanza e dormiva nel letto matrimoniale con il padre. Oppure quel padre che magnificava la sua benestante famiglia, tuttavia anche lui non aveva mai avuto una sua camera, dormiva nell'appartamento al piano di sopra con la nonna.

2. Dimensione del gioco di potere o strategica

È quella che parte da Haley (Madanes, 1981) ed arriva a *I giochi psicofici della famiglia*. Qui i concetti base sono quelli di alleanza, fazione, triangolo perverso, istigazione, imbroglione, stallo di coppia, svincolo.

Questa dimensione, insieme alla strutturale, rappresenta storicamente la base della terapia familiare e le due dimensioni sono spesso così strettamente intrecciate da risultare difficilmente distinguibili. Tuttavia, la dimensione strutturale sottolinea di più la disposizione delle relazioni nello spazio affettivo della famiglia, quella strategica sottolinea invece la lotta per il potere. Ciò non toglie che se prendiamo un tema centrale come quello di "chi comanda in famiglia?" (cioè la leadership) possiamo considerarlo strutturalmente come "chi occupa lo spazio al vertice della gerarchia?" o strategicamente come "chi ha vinto la guerra per il potere?".

Un tema classicissimo, pure trasversale alle dimensioni della struttura e del potere, è quello della *triangolazione*. Con questo termine ci si riferisce a come la relazione tra due membri della famiglia influenza un terzo familiare. La triangolazione potrebbe anche essere considerata una tredicesima dimensione. L'esempio più classico è quello dell'effetto sul figlio

del conflitto di coppia, spesso definito *invischiamento*. Ma gli esempi sono innumerevoli, si pensi al lavoro di Bowen (1979) sulla sua propria famiglia per combattere la tendenza dei membri della famiglia a parlare tra di loro di un terzo, utilizzando per diminuire la tensione tra loro e senza mai parlare direttamente con tale terza persona. Haley (1969) definisce invece "triangolo perverso" l'alleanza tra un genitore e un figlio contro l'altro genitore. Negli ultimi anni Fivaz-Depeursinge e Favez (2006) hanno portato avanti delle interessantissime ricerche sulla triangolazione attraverso lo studio dell'interazione padre-madre-bambino.

Della dimensione del potere si possono trovare tanti esempi raccolti nel mio *Reinventare la psicoterapia*, come nell'introduzione il caso Cremonini, bell'esempio di triangolo perverso tra un padre e una figlia che viene da lui istigata contro la madre (dipinta come inetta, malata) ma contemporaneamente imbrogliata (per l'illusione di avere con il padre un rapporto realmente privilegiato).

Questa dimensione è storicamente legata sul piano del trattamento ai paradossi (interventi provocatori indiretti) o allo svelamento (interventi provocatori diretti, domande terribili, ecc.).

Della tematica dello svincolo del giovane adulto dalla famiglia si è occupato in particolare Luigi Cancrini (si veda il suo libro con Cecilia La Rosa, *Il vaso di Pandora*).

Insieme a quella affine della giustizia, la dimensione del potere è fondamentale per l'identità del terapeuta sistemico. L'esperienza clinica ci ha infatti spesso portati a calarci intensamente in realtà dove chi ha meno potere e subisce ingiustizie è il cosiddetto paziente designato. Abbiamo infatti spesso osservato una correlazione tra sintomi e ingiustizie: eredità inique, maltrattamenti e violenze, esclusione da importanti segreti (Selvini, 1994), emarginazione all'interno della famiglia (il figlio di nessuno) e così via.

Tuttavia un vissuto troppo da vendicatore o giustiziere (tanto quanto il neutralismo totale) è del tutto distruttivo del ruolo terapeutico, in quanto tende:

1. a sottovalutare il ruolo attivo del paziente;
2. a trascurare la gravità della sofferenza dei familiari, prima e dopo l'esordio sintomatico.

Rispetto al potere il terapeuta deve quindi innanzi tutto lavorare su se stesso, trovando quel difficile equilibrio tra onnipotenza (illusione di curare sempre e tutti con le proprie forze) e impotenza (giudicare

tutti troppo gravi, poco motivati, il contesto inadatto, ecc.). Poi dovrà portare quello stesso equilibrio ai pazienti ed alle famiglie nella ridistribuzione del potere e delle responsabilità.

Storicamente questi dilemmi clinici ed etici sono stati affrontati parlando di "neutralità" o di "curiosità". Concetti che oggi mi lasciano assai perplessi, perché rischiano di avallare eventuali difficoltà del terapeuta a coinvolgersi per davvero nella relazione con i pazienti e le loro famiglie. Certamente esiste anche il rischio che il terapeuta si coinvolga o ipercoinvolga in modo sbagliato e persino iatrogeno, cadendo nel gioco di uno contro gli altri, riproducendo schemi invasivi o iperprotettivi e così via, tuttavia un terapeuta anche intelligente ed intuitivo, ma che resta emotivamente distaccato, non sarà quasi mai un buon terapeuta e deluderà chi cerca di affidarsi a lui. Nell'osservazione di questa dimensione del potere le indagini più classiche riguardano la leadership, cioè il ricostruire come nella famiglia vengono prese le decisioni più importanti, a partire da quella di venire in terapia, per poi toccare la decisione di sposarsi, avere un figlio, dove abitare e così via.

3. Dimensione del controllo e della guida

Si tratta della classica valutazione di quanto i genitori sanno far rispettare le regole. Sull'argomento c'è una vasta letteratura psicopedagogica con testi come *Se mi vuoi bene dimmi di no* (Ukmar, 1997) oppure *I no che aiutano a crescere* (Phillips, 1999). È il tema della capacità dei genitori di assumere un ruolo di guida (si veda il concetto di "mastering" in Di Blasio, 2005).

Nella tradizione sistemica (e non solo) è molto evidente come le famiglie dei tossicodipendenti siano state valutate da questo punto di vista come abitualmente sotto-dosate rispetto a questa dimensione del controllo genitoriale. Di qui le classiche prescrizioni ai genitori per la disintossicazione in casa del figlio, oppure gli impegnativi programmi di coinvolgimento parallelo dei genitori nei programmi di certe comunità, o la forza stessa di una consultazione familiare come fatto che in sé favorisce la ripresa di una genitorialità sfilacciata.

Al polo opposto di questa dimensione, ad esempio con l'anoressia restrittiva, ci cimentiamo tradizionalmente con gli eccessi di una genitorialità controllante, soprattutto sul tema alimentare. Di qui le prescri-

zioni, fin dalle sedute preliminari, di diminuire il controllo diretto dei genitori sull'alimentazione della figlia e su tutta la sua vita in generale. Attraverso interventi educativi diretti o esperienze che ne facciano vivere l'assurdità (i pensi alle terapie di Minuchin in cui alla presenza del terapeuta i genitori dovevano indurre la figlia a mangiare).

È molto interessante valutare anche quanto i figli controllano i genitori, si pensi a tutta la vasta letteratura sul coinvolgimento dei figli nei problemi dei loro genitori. Si veda l'annuncio di Mara Selvini Palazzoli e colleghi in *Paradosso e controparadosso*: "la pretesa simmetrica di riformare i genitori costituisce il nucleo, forse il più importante, dei disturbi adolescenziali, ivi compresi quelli psicotici".

È evidente il collegamento tra la dimensione relazionale dell'ipercontrollo e tutto il cluster C del DSM (dipendenti, evitanti, ossessivi). Controllo è tuttavia un tema troppo generico: infatti volendo distinguere, da questo punto di vista, le tre categorie del cluster C, si potrebbe parlare di controllo iperprotettivo per i dipendenti (o simbiotici), controllo basato sulla critica, sul "far vergognare" per gli evitanti, controllo basato sull'eccesso di regole e disciplina per gli ossessivi. La gran parte delle anoressiche restrittive, dal punto di vista della struttura di personalità, si colloca nel cluster C del DSM IV e questo pare confermare il classico schema teorico su cui si basa, ad esempio, il modello della Benjamin (1996): tratteremo noi stessi e gli altri nello stesso modo in cui siamo stati trattati.

Questa dimensione è facilmente osservabile relativamente all'atteggiamento dei familiari verso il problema. Nella mancanza di controllo non se ne saranno accorti o l'avranno a lungo minimizzato, al contrario, nell'eccesso di controllo sarà scattato l'allarme già per fatti assai modesti, innescando quella che sembra essere una profezia che si auto-determina. Una terza modalità, pure tipica, è quella delle continue oscillazioni tra disinteresse ed ipercontrollo (collegabile ad aspetti disorganizzati della personalità del paziente).

4. Dimensione della preoccupazione

Si tratta di una dimensione che emerge con evidenza allorché si sonda quanto i genitori sono preoccupati per un problema di un figlio. Ci sono qui delle analogie con il tema strutturale distanza/vicinanza e

con quello del controllo, però la dimensione della preoccupazione mette in luce una polarità emotiva, piuttosto che direttiva, nella genitorialità (si veda il concetto di *mirroring* in Di Blasio, 2005).

Questa dimensione è particolarmente utile ed operativa nei primi colloqui, dove è osservabile nelle due opposte polarità, da un lato la *minimizzazione* del problema (distacco/indifferenza) e dall'altro la *drammatizzazione*.

Nei due casi è chiaro il ruolo di riequilibrio che dovrà svolgere il terapeuta in modi contrapposti: rispetto alla *minimizzazione* dovrà trovare la tecnica più efficace per far risaltare la realtà e l'entità del problema. Nel mio articolo *Tecniche di presa in carico di un paziente non richiedente* (Selvini, 2003) a questo proposito ho illustrato il tema del *riconoscimento della sofferenza* e dell'uso delle etichette diagnostiche. È frequente nella mia pratica la sottolineatura della diagnosi di anoressia di fronte ad una paziente e ad una famiglia che, di solito in modi diversi, convergono nel banalizzare il sintomo, la paziente negando la propria ossessione alimentare o i propri comportamenti di eliminazione come il vomito, i genitori spiegandoli magari come una semplice reazione capricciosa alle prese in giro dei coetanei. Viceversa, ribadire una definizione di malattia può essere il primo passo per aiutare sia la ragazza che i familiari ad ammettere la presenza di uno stato di sofferenza.

Possono essere ipotizzate anche tecniche diverse, in presenza di descrizioni centrate sulla pura "cattiveria" o oppositività del paziente, può essere utile sottolineare una certa difficoltà psicologica specifica, ad esempio l'incapacità a chiedere aiuto anche nei momenti di grave difficoltà, o un serio deficit di regolazione ed integrazione emotiva (definizione psicologica quest'ultima adatta per l'area borderline).

Rispetto invece alla polarità opposta caratterizzata dalla drammatizzazione, siano chiamati ad utilizzare tecniche di *contenimento* dell'ansia, quali tipicamente la connotazione positiva (ovviamente riguardo alle aree dove paziente e famiglie dimostrano di avere davvero buone risorse), la sottolineatura di una prognosi favorevole, e più in generale, l'assumerci alcune responsabilità ed un ruolo guida.

Rispetto a questa dimensione (anche congiuntamente ad altre) possiamo riprendere la classificazione di Minuchin in famiglie *disimpegnate* (poca drammatizzazione, distanza interpersonale, poco controllo) e *invischiate* (eccessiva intensità della relazione, eccesso di controllo).

5. Dimensione del conflitto/cooperazione

Possiamo trovarci di fronte famiglie (o coppie) molto conflittuali o altre al contrario dove il conflitto è totalmente inibito, oppure realmente assente (nei limiti fisiologici della norma).

Non riprenderò qui tutte le tecniche inventate dal movimento sistemico per cercare di mediare conflitti eccessivi. Un esempio classico è quello della prescrizione "giorni pari e giorni dispari" (Selvini, 2004).

Le tecniche per disimbrare il conflitto fanno invece leva sulla mobilitazione del membro/i "down" nella relazione. I paradossi sul sacrificio del paziente possono essere letti nell'ottica di questa dimensione: aiutare il paziente a lasciare il potere patologico del sintomo per combattere a viso aperto.

Un problema classico della terapia familiare sistemica è stato quello di partire dal presupposto che, laddove ci fosse un "paziente designato", ci fosse sempre un conflitto della coppia genitoriale, aperto o coperto (Framo, 1965). Questo pregiudizio, poi rivelatosi errato, è stato fonte di molte sterili o dannose "provocazioni terapeutiche". In realtà la ricerca clinica ha dimostrato l'esistenza di famiglie dove la coniugalità può essere soddisfacente, ma la genitorialità pessima. Si vedano soprattutto gli studi di Linares e Campo (2000) sulle depressioni. Una diagnosi sistemica non stereotipata o preconfezionata richiede allora d'individuare quali sono le aree o i sottogruppi più conflittuali delle famiglie, e dove invece troviamo buone risorse nella capacità di cooperare/collaborare.

Implicitamente la terapia familiare, con la convocazione collettiva, si è sempre posta su questo terreno di un intervento "in sé" per la salute. Operativamente, nei primi colloqui per una domanda relazionale o per un familiare non richiedente, la fattibilità di un incontro congiunto con tutti gli interessati è senz'altro un importante elemento prognostico favorevole.

In questa dimensione si colloca tutta la riflessione sistemica su cosa favorisce l'attiva collaborazione in terapia, dibattito relativamente recente, dato che fino agli anni '80 hanno prevalso modelli interventisti poco inclini alla dimensione cooperativa.

Una classica prescrizione delle prime fasi di una terapia di coppia, finalizzata a far emergere le capacità residue di collaborazione in positivo, è quella di invitare i coniugi a scrivere per la successiva seduta, ciascuno per proprio conto, attività comuni che restano gradevoli.

La comprensione di quanto il conflitto sia aperto o coperto (o assente) è decisiva per una buona diagnosi sistemica. È questo uno dei

motivi che ha portato nel tempo a ridimensionare le sedute familiari congiunte, per utilizzare convocazioni che favorissero l'emergere di temi non immediatamente condivisibili.

6. Dimensione dell'empatia e del calore

Siamo qui nella dimensione dell'accettazione dell'altro o più in specifico dell'accettazione del figlio, polarità opposta a quella dell'ostilità (si veda l'ultimo libro di Paola Di Blasio, *Tra rischio e protezione. La valutazione delle competenze parentali*, 2005, in particolare la rassegna della letteratura di Chiara Ionio). Non è la stessa cosa dell'invischiamento, perché una stretta vicinanza può essere anche fatta di controllo, ansia, ostilità, conflitto, competizione, ecc., cioè di una dimensione emotiva lontana dall'accettazione.

Gli allievi più giovani delle scuole di psicoterapia rischiano di fare un uso eccessivo di questa dimensione dell'ipotizzazione: il figlio sofferente ha genitori poco attenti ai suoi reali bisogni, un accudimento formale, o mimato e così via. Tuttavia idee così semplici non servono a nulla, anzi, sono nocive, perché creano una stereotipata negatività verso i genitori. Al contrario, quando nel corso di una terapia familiare riusciamo davvero ad aiutare un genitore a prendere atto del suo distacco, della sua insoddisfazione, del suo ipercriticismo nei confronti del figlio, fin da prima che sviluppassero dei sintomi, e insieme ne ricostruiamo le ragioni, collegando la sua storia di figlio con quella della nuova famiglia, allora avremo fatto davvero un lavoro sull'empatia. C'è un forte legame, infatti, tra empatia e lavoro trigenerazionale. La ricostruzione trigenerazionale di come la sofferenza o l'irrazionalità si trasmette da una generazione all'altra sembra favorire particolarmente una dimensione empatica nella famiglia, insieme a molte altre classiche tecniche, come quella della ridefinizione in positivo del senso del sintomo o di altri comportamenti di membri della famiglia.

Al di là dell'uso spesso un po' tattico della connotazione positiva, non mi viene facile citare esempi sistemici sull'utilizzo operativo di questa dimensione. Mara Selvini Palazzoli, nella fase del suo distacco dalla psicoanalisi, polemizzò molto con l'affidarsi eccessivamente all'amore nella cura dei pazienti (si veda, ad esempio, il bel film di Risi del 1968, *Diario di una schizofrenica*, tratto da una vera terapia di una

psicoanalista, Marguerite Sécheraye). Qualcuno ricorda la sua tipica quanto cinica battuta: "Se proprio non sai cosa fare per un paziente puoi sempre amarlo!". Sicuramente i sistemici sono caduti nell'eccesso della provocazione e della brevità.

Tuttavia già molti anni fa parlavamo del terapeuta sistemico tra "caccia" e "allevamento" (*I giochi psicotici nella famiglia*), termini vagamente veterinari, ma che iniziavano a dare legittimità a trattamenti più lunghi delle dieci sedute del modello originario ed all'introduzione del concetto del *maternalage* di matrice psicodinamica. È una dimensione da approfondire. In generale nella tradizione sistemica sembra abbia prevalso un'identità piuttosto "distante" del terapeuta. Va in questo senso la forte direzionalità di Minuchin, le tecniche ipnotiche (Milton Erickson) e strategiche (Haley), le terapie brevi, provocatorie, paradossali, la forte preoccupazione di "non cadere nel gioco della famiglia", fino al filone narrativo e costruttivista che prosegue nella linea di dosare o frenare il coinvolgimento personale del terapeuta. Ci si può chiedere se anche per il futuro l'identità del terapeuta sistemico resterà così "tecnica" o se non stia evolvendo. Si veda anche la mia proposta in *Reinventare la psicoterapia* (Selvini, 2004) di sostituire l'ambigua direttiva "connotevole positiva" con quella della "benevolenza". In generale mi pare sia molto in diminuzione l'enfasi sulla brevità delle terapie: massimo dieci sedute (Selvini Palazzoli *et al.*, 1975) o venù nella terapia individuale (Boscolo, Bertrando, 1996).

7. Dimensione della comunicazione e della metacomunicazione

Da sempre abbiamo valutato la quantità della comunicazione (mutuo versus logorrea) e la qualità della comunicazione con i classici concetti della *Pragmatica*: conferma, rifiuto, disconferma, doppio legame, chiarezza, confusione, ecc. Così come si è lavorato sulla metacomunicazione, cioè sulla capacità dei membri della famiglia di comunicare *su* comunicazioni, relazioni, sentimenti, ecc. Le valutazioni di questa dimensione hanno prodotto interventi finalizzati al cambiamento delle modalità comunicative nella famiglia. Ad esempio ridistribuire in seduta l'ordine e i tempi dei turni d'intervento in senso ugualitario, oppure ripetendo e riformulando sistematicamente quanto era stato detto in modo da renderlo più chiaro o ancora chiedendo alla per-

sona di esprimersi in prima persona singolare e non con dei generici "noi" o "si pensa che". Sono poi state inventate prescrizioni volte ad attaccare le aree di tabù comunicativo nella famiglia. Si veda il caso Casanti di *Paradosso e controparadosso* dove la famiglia nucleare di un'anoressica non può parlare male del clan con cui vive intensamente invischiata, di qui la prescrizione del rituale serale in cui, attorno al tavolo, orologio al centro, ognuno dei quattro membri *deve* parlare del clan per quindici minuti: con divieto assoluto d'interruzione. In anni più recenti, per alcune scuole sistemiche, l'influenza di Bowlby (1988) e della teoria dell'attaccamento ha arricchito e rinnovato questa dimensione con i concetti di competenza autobiografica e di alterazione delle memorie di attaccamento. Grazie a questo apporto abbiamo iniziato a valutare i contenuti e l'emoività della descrizione della propria famiglia di origine da parte del genitore di un paziente (Selvini, 2003).

Un altro uso storicamente importante della comunicazione è quello della psicoeducazione (emoività espressa) (Leff, Vaughn, 1985) che ha utilizzato la valutazione del tipo di comunicazione nella famiglia (anche se rispetto a qualità come ipercritismo ed iperprotezione che rimandano ad altre dimensioni) come criterio per prevenire le ricadute dei pazienti gravi. La classica area dei segreti (individuali o interni) è parte fondamentale di questa dimensione (Selvini, 1994).

Come dicevo a proposito del conflitto, nel valutare il funzionamento di una famiglia è molto interessante osservare come cambia l'atteggiamento comunicativo delle singole persone a seconda del contesto della convocazione: individuale, della fratria, di tutta la famiglia, ecc. Anche per questo è fondamentale variare le convocazioni, altrimenti, per fare un esempio, non avremmo mai potuto osservare come quella ragazzina anoressica, trascinata malvolentieri in terapia, blandisce il padre nella seduta collettiva, mentre vista da sola lo critica pesantemente. Un simile "doppio gioco" è spesso osservabile anche con le coppie che vediamo per il problema di un figlio: reciprocamente sorridenti nelle sedute familiari, disprezzo e livore in separata sede.

Sia per valutare che per modificare le capacità comunicative nella famiglia è opportuno variare le tecniche di conduzione. La tecnica diretta, cioè quella per cui tutti parlano con il terapeuta e mai tra loro, appare opportuna soprattutto nelle prime sedute e in generale con le famiglie più caotiche e conflittuali. Tuttavia molti terapeuti (si veda, ad esempio Maurizio Andolfi, seminario presso la *Scuola di Psicoterapia*

della *Famiglia Mara Selvini Palazzoli* del 7 ottobre 2006) utilizzano fin dai primi incontri la tecnica di favorire, seppur sulla base di un compito preciso, il dialogo in seduta tra membri della famiglia. Altre tecniche sono quelle dei compiti da svolgere in seduta, ad esempio le "sculture" (Onnis, 1988) o lo "zaino" (Canevaro, 2006). Infine i compiti a casa, cioè le prescrizioni e i rituali.

8. Dimensione della chiusura/apertura verso l'esterno

Questa dimensione può essere considerata una estensione di quella strutturale nel mettere in luce il rapporto della famiglia nucleare con le famiglie d'origine, gli amici, il lavoro e il mondo esterno in generale.

In generale si ritiene che la chiusura si associ a minori risorse e prognosi più negativa. Emblematico il caso della famiglia incestuosa, isolata dal contatto sociale ed ambientale. È questo il campo tipico dei segreti interni collettivi: tutta la famiglia sa, ma nessuno fuori deve sapere.

È importante valutare la qualità dei legami come famiglia e come singole persone verso le famiglie di origine, la rete delle amicizie e relativamente ad un coinvolgimento anche personale/affettivo negli impegni lavorativi e/o sociali. Questo permette di valutare anche il livello di coesione della coppia e la sua paritarietà. L'osservazione statistica e sociologica della famiglia contemporanea fa sì che oggi ci aspettiamo di incontrare famiglie in cui i rapporti con la famiglia materna sono più frequenti di quelli con la famiglia paterna e in cui la donna sia più attiva nella vita amicale della famiglia. Diventa quindi interessante osservare le più spiccate differenze rispetto a questo modello atteso: ad esempio una donna e madre che ha nulli o scarsi rapporti con la propria madre, oppure una coppia inseparabile che vive in funzione dei figli con scarsi rapporti con le famiglie d'origine e senza alcuna rete amicale. Saremo colpiti se il classico modello del padre ipercoinvolto nel lavoro e della madre che vive per i figli si ribalta o se invece si accenna ai livelli estremi tipici della famiglia giapponese (dove il padre trascorre anche il tempo libero nelle iniziative organizzate dalla sua azienda).

Al livello della paritarietà della coppia potremo valutare se le frequentazioni familiari e le reti amicali sono tutte e solo di uno dei due coniugi. Tipico il caso del partner "poverino" affiliato nel clan familiare ed amicale del partner dominante o accidentato.

Questa dimensione può essere collegata a quella della territorialità della residenza, in quanto favorente o meno le aperture verso l'esterno. Nell'area rurale italiana spesso la residenza continua ad essere influenzata dal modello patriarcale di abitazione attorno o dentro la cascina o la villetta paterna. Questo fenomeno può creare uno scontro con il più moderno orientamento familiare sull'asse materno. Ho ipotizzato, infatti, che una simile residenzialità patrilineare possa costituire un fattore di rischio per lo sviluppo di problemi psicologici o comportamentali in questo tipo di famiglie "arcaiche" (Selvini, 2000).

9. Dimensione della responsabilizzazione

Una specifica qualità della relazione genitore-figlio è quella della *adultizzazione* versus *infantilizzazione*. Una simile dimensione può essere vista anche nella relazione di coppia e riguarda il classico tema sistemico (*Pragmatica della comunicazione umana*) della "escalation complementare": quando uno dei due coniugi diviene sempre più responsabile, competente, attivo, potente, leader e l'altro sempre più irresponsabile, incompetente, passivo, impotente e gregario. Nella pratica clinica l'esempio più tipico di questa dimensione sistemica proviene dal trattamento dell'alcolista adulto e coniugato. Nella tradizione degli "Alcolisti Anonimi" per le mogli dei pazienti è stata coniata la calzante definizione di "co-dipendenza" proprio per indicare il bisogno di queste donne di continuare a ricevere un'importante "rivalsa narcisistica" del sentirsi la benefica ancora di salvezza per una persona in grave difficoltà. In questo modo i propri limiti, fragilità, difficoltà possono essere del tutto dimenticati nella grandezza eroica dell'impresa salvifica, che poi lentamente si derubricherà in assistenziale. È appunto un circolo disfunzionale dell'escalation complementare dentro il quale l'alcolista si sente e diventa sempre più detresponsabilizzato e quindi inutile, incapace e così via.

Nella pratica sistemica questa dimensione valutativa rimanda al "presupposto di competenza" (Leonardi, Viaro, 1990) e più in generale a tutti gli interventi di valorizzazione delle risorse dei membri del sistema che appaiono "down", cioè marginali e squalificati. È infatti una tecnica "semprevverde" di conduzione delle sedute familiari (specie delle prime sedute) quella già citata di non accettare i segnali impliciti o espliciti mirati a predefinire questo o quel membro come competen-

te/incapace, capace/incapace, ecc. Il terapeuta sistemico si porrà con uno stile fortemente egualitario, dando a tutti la parola in modo equo, ponendo freno a chi si pone come dominante ed incoraggiando i più passivi e silenziosi. Una strategia invariabile che mira a tenere la rigidità del funzionamento familiare.

10. Dimensione etica della giustizia

Questa dimensione fa riferimento soprattutto a Boszormenyi-Nagy *et al.* (1981) ed al tema dell'equità degli scambi nella relazione. Specialmente a livello della coppia può essere "misurato" il contributo dei singoli al benessere familiare dal punto di vista della presenza/assenza, della fatica nella gestione, del denaro, ed in tutto il bilancio del dare e del ricevere (anche attenzione, tempo, ascolto, ecc.). Il tema della sacralità è importante perché si ritiene che chi subisce un'ingiustizia relazionale sia più a rischio di sviluppare un sintomo o di divenire tossico per l'altro (il concetto di legittimità distruttrice o sindrome da risarcimento). Ne ho già parlato a proposito della parallela dimensione del potere (se subisco un'ingiustizia è perché sono o mi sento impotente).

Il tema della sacralità, specie in riferimento alle madri delle anoresiche, è stato trattato in *Ragazze anoressiche e bulimiche* (Selvini Palazzoli *et al.*, 1998).

Questa dimensione appare particolarmente rilevante nelle coppie consolidate dove un adulto sviluppa una patologia importante (depressione, alcolismo, psicosi). È stato spesso osservato che il paziente può aver tanto subito ingiustizie (ad esempio una donna può tipicamente aver subito ingiustizie di tipo maschilista) come può aver accettato privilegi e protezioni che alla lunga fanno di lui un disprezzabile parassita. Una madre può essersi fatta rubare (deprezzazione) il suo bambino (Lianes, Campo, 2000; Selvini, 2002).

Quando il dare o chiedere troppo è invece riferito alla relazione genitori-figli questa dimensione assomiglia molto alla precedente della adultizzazione/infantilizzazione. Tuttavia la focalizzazione sulla giustizia sottolinea aspetti in parte diversi, dove la salute mentale è collegata alla capacità di riconoscere e quindi difendere i propri diritti. La disuguaglianza dello scambio è inevitabile e fisiologica in molte relazioni, ma dev'essere riconosciuta in modo da poter essere o "contenuta", o

consapevolmente assunta come libera scelta, o ricompensata dalla gratitudine e dalla almeno simbolica reciprocità. In definitiva crediamo che la salute mentale abbia un fondamento etico: subire ma anche commentare delle ingiustizie è un fondamentale fattore di rischio.

11. Dimensione della paura

Dedicherò poco spazio a questa dimensione che è forse la più discutibile, meno supportata delle altre dalla tradizione e dalla letteratura. Una ricerca longitudinale trentennale (Johnson *et al.*, 2006) ha mostrato la forte predittività, per lo sviluppo di gravi disturbi della personalità adulta, di due tipi di condotte genitoriali: la grave trascuratezza e la durezza delle punizioni inflitte ai bambini. Una probabile elaborazione da parte dei figli di tali esperienze è quella dell'aver paura di uno o entrambi i genitori. Il fatto che un membro della famiglia viva in uno stato di paura nei confronti di uno o più membri della famiglia determina un forte rischio psicopatologico. È tipico dei casi di violenza assistita o di violenza psicologica. Nella mia casistica dei pazienti più gravi ho osservato che assai spesso nel tempo la paura si trasforma in odio, con effetti tossici sia per chi odia che per chi viene odiato. Il soggetto temuto e poi odiato è più spesso un maschio: un padre o un fratello (che potrebbe essersi modellizzato sul genitore aggressore). Ho potuto rilevare che in almeno metà dei miei casi il paziente aveva odiato uno o entrambi i genitori in una fase della sua vita largamente precedente l'esordio sintomatico. Un vissuto di questo tipo, più o meno apertamente espresso, è quasi sempre osservabile nei disturbi di personalità borderline, antisociale, schizoide e paranoide, in concordanza con la citata ricerca.

12. Dimensione delle credenze irrazionali condivise o miti

Tutta la famiglia può condividere quello che i cognitivisti chiamerebbero una "premessa disfunzionale". Ne abbiamo già visto un esempio con il caso Casanti (Selvini Palazzoli *et al.*, 1975) in cui tutta la famiglia condivide il mito dell'indissolubilità del clan patriarcale, con conseguente divieto del conflitto con membri delle altre famiglie. Il mito mette la giovane Nora in una posizione impossibile: oggetto di pe-

santi attacchi invidiosi da parte di zie e cugine, non può reagire, né essere difesa da genitore e sorella.

Nel movimento sistemico italiano soprattutto Andolfi (1987) ed Omnis (1988) si sono occupati di questa tematica.

Nella pratica clinica mi ha molto colpito la frequente constatazione di come uno o più membri della famiglia vedessero in modo del tutto distorto la realtà psico-affettiva di qualcuno di loro e delle relazioni interne al nucleo. Una sorta di cecità o delirio collettivo che ho definito "misconoscimento della realtà" (Selvini, 1993) utilizzando un concetto molto affine a quello di Laing (1965) di "mistificazione". Per questa osservazione fu per me paradigmatica la terapia con una famiglia il cui padre, prima dell'inizio delle sedute congiunte, mi aveva confessato di avere da vent'anni relazioni con altre donne, di cui alcune di lunghissima durata. Durante i primi incontri fu sbalorditivo constatare come la moglie, con grande convinzione, esaltasse la grande complicità ed intesa della loro coppia e come i figli confermassero questo vero e proprio mito, parlando di una coppia portata ad esempio da tutti perché "schiena contro schiena".

Conclusioni

Con questo articolo non pretendo certo di aver esaurito le possibili dimensioni della diagnosi sistemica. Con tutta probabilità se ne possono individuare altre. Resta anche aperto il problema di quanto sia giusto collocare queste dimensioni su uno stesso piano piuttosto che dare loro un ordine gerarchico di inclusione o importanza. Non mi sono occupato di questi aspetti classificatori perché volevo soprattutto fornire ai colleghi delle idee semplici che fossero utili come guida delle loro osservazioni. Per questo ho cercato di valutare quali idee sistemiche abbia utilizzato o visto utilizzare con profitto, o quali, eventualmente, si siano rivelate inutili o controproducenti.

È chiaro come queste dodici dimensioni dell'ipotesizzazione sistemica siano fortemente intrecciate e sovrapposte tra loro, però ciascuna di esse consente specifiche messe a fuoco utili a produrre osservazioni più mirate e interventi centrati su punti chiave delle relazioni. Ad esempio, la dimensione della responsabilizzazione può certamente essere declinata in termini di struttura, gioco, controllo, ecc., tuttavia, a volte, il

tema dell'adultizzazione può essere particolarmente evidente e quindi consentire un intervento terapeutico incisivo in tempi brevi.

RIASSUNTO

In questo articolo l'autore tratta il concetto di diagnosi sistemica, strettamente affine a quello di ipotizzazione relazionale. Uno strumento operativo clinico-teorico basilare per qualunque psicoterapeuta che è stato discusso in un'infinità di contesti, ma generalmente nel modo aneddotico degli esempi clinici o relativamente a specifiche problematiche. Qui si tenta invece una sistematizzazione più generale, articolando dodici possibili dimensioni, utili come guida a diverse potenziali localizzazione dell'osservazione e dell'intervento.

SUMMARY

In this article the author analyses the concept of systemic diagnosis, which is strictly similar to the concept of relational hypothesization. It is a basic clinical and theoretical tool for every psychotherapist, and it has been discussed in an infinite number of contexts, although generally either on the basis of the anecdotal evidence of clinical examples, or discussing specific topics. The present study tries to furnish a wider systematization, by defining twelve possible dimensions, useful as a guide for different potential focalizations for observation and intervention.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Andolfi M., Angelo C., *Tempo e mito nella psicoterapia familiare*, Bollati Boringhieri, Torino, 1987.
- 2) Bateson G., Jackson D. D., Haley J., Weakland J. H., 1956, *tr. it. Verso un'ecologia della mente*, Adelphi, Milano, 1988.
- 3) Benjannin S. L., 1996, *Diagnosi interpersonale e trattamento dei disturbi di personalità*, tr. it. LAS, Roma, 1999.
- 4) Boscolo L., Bertrando P., *Terapia sistemica individuale*, Cortina, Milano, 1996.
- 5) Boszormenyi-Nagy L., Framo J. (a cura di), 1965, *Psicoterapia intensiva della famiglia*, tr. it. Boringhieri, Torino, 1969.
- 6) Boszormenyi-Nagy L., Grunbaum J., Ulrich D., *Terapia contestuale*, in Gurman A., Kniskern D., *op. cit.*, 1981.
- 7) Bowen M., *Dalla famiglia all'individuo*, Astrolabio, Roma, 1979.
- 8) Bowlby J., 1988, *Una base sicura*, tr. it. Cortina, Milano, 1989.

- 9) Canciani L., La Rosa C., *Il vaso di Pandora*, La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1991.
- 10) Canevaro A., *Gli allargamenti familiari nel corso delle terapie individuali* (materiale in corso di elaborazione e pubblicazione), 2006.
- 11) Di Blasio P. (a cura di), *Tra rischio e protezione*, Unicopli, Milano, 2005.
- 12) Di Maggio G., Semerari A., *I disturbi di personalità. Modelli e trattamento*, Laterza, Bari, 2003.
- 13) Fivaz-Depueusinge E., Favez N., "Exploring Triangulation in Infancy: Two Contrasted", *Family Process*, 45, 1, 2006.
- 14) Framo J. L., 1965, *Programma e tecniche della psicoterapia familiare intensiva*, tr. it. in Boszormenyi-Nagy I., Framo J. (a cura di), 1965.
- 15) Framo J. L., 1992, *Terapia intergenerazionale*, tr. it. Cortina, Milano, 1996.
- 16) Gurman A., Kniskern D. (a cura di), 1981, *Manuale di terapia della famiglia*, Bollati Boringhieri, Torino, 1995.
- 17) Haley J., 1959, "The family of schizophrenic model system", *J. Nerv. Ment. Dis.*, 129, tr. it. Pizzini F. (a cura di), *Famiglia e comunicazione*, Feltrinelli, Milano, 1980.
- 18) Haley J., 1969, Verso una teoria dei sistemi patologici, in Zuk G. H., Nagy B. (a cura di), *La famiglia: patologia e terapia*, Armand, Roma, 1970.
- 19) Johnson J., Cohen P. et al., "Parenting behaviors associated with risk for offspring personality disorder during adulthood", *Arch. Gen. Psychiatry*, 63, May, 2006.
- 20) Laing R. D., Mistificazione, confusione e conflitto, in Boszormenyi-Nagy I. (a cura di), *Psicoterapia intensiva della famiglia*, Boringhieri, Torino, 1965.
- 21) Leff J., Vaughn C., *Expressed Emotion in Families*, Guilford Press, New York, 1985.
- 22) Leonardi P., Viaro M., *Conversazione e terapia*, Cortina, Milano, 1990.
- 23) Lidz T., 1963, *Famiglia e problemi di adattamento*, tr. it. Boringhieri, Torino, 1972.
- 24) Linares J. L., Campo C., 2000, *Dietro le rispettabili apparenze*, tr. it. Franco Angeli, Milano, 2003.
- 25) Madanes C., *Terapia familiare strategica*, in Gurman A., Kniskern D., op. cit., 1981.
- 26) Minuchin S., 1974, *Famiglia e terapia della famiglia*, tr. it. Astrolabio, Roma, 1981.
- 27) Onnis L., *Corpo e contesto: terapia familiare dei disturbi psicosomatici*, Carocci, Roma, 1985.
- 28) Onnis L. (a cura di), *Famiglia e malattia psicosomatica*, La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1988.
- 29) Phillips A., *Io no che aiutano a crescere*, Feltrinelli, Milano, 1999.
- 30) Selvini M., "Psicosi e riconoscimento della realtà", *Terapia Familiare*, 41, 1993.
- 31) Selvini M., "Segreti familiari: quando il paziente non sa", *Terapia Familiare*, 45, 1994.
- 32) Selvini M., "Vecchi e nuovi padri", *Ecologia della Mente*, 2, 2000.
- 33) Selvini M., "Recenti sviluppi della ricerca relazionale sulle depressioni", *Ecologia della Mente*, 25, 2002.
- 34) Selvini M., "Tecniche di presa in carico psicoterapeutica di un paziente non richiedente", *Terapia Familiare*, 73, 2003.
- 35) Selvini M., *Reinventare la psicoterapia*, Cortina, Milano, 2004.
- 36) Selvini M., *Undici tipi di personalità*, (materiale interno alla Scuola di Psicoterapia della Famiglia Mara Selvini Palazzoli), www.scuolamaraselvini.it, 2006.
- 37) Selvini Palazzoli M., Boscolo L. et al., "Ipotizzazione, circolarità, neutralità", *Terapia Familiare*, 7, 1980.

- 38) Selvini Palazzoli M. et al., 1974, *Self-starvation*, tr. it. 1981, nuova edizione Cortina, Milano, 2006.
- 39) Selvini Palazzoli M. et al., *Paradosso e controparadosso*, Cortina, Milano, 1975.
- 40) Selvini Palazzoli M. et al., "Il problema dell'inviante. Quando è un fratello a chiedere la terapia", *Ecologia della Mente*, 3, 1985.
- 41) Selvini Palazzoli M., Cirillo S., Selvini M., Sorrentino A. M., *I giochi psicotici nella famiglia*, Cortina, Milano, 1988.
- 42) Selvini Palazzoli M., Cirillo S., Selvini M., Sorrentino A. M., *Ragazze anoressiche e bulimiche*, Cortina, Milano, 1998.
- 43) Stanton M. D., Todd T., *The Family Therapy of Drug Abuse and Addiction*, Guilford Press, New York, 1982.
- 44) Ukmar G., *Se mi vuoi bene, dimmi di no*, Franco Angeli, Milano, 1997.
- 45) Watzlawick P., Beavin J. H., Jackson D. D., 1967, *Pragmatica della comunicazione umana*, tr. it. Astrolabio, Roma, 1971.



Centro Clinico e di Formazione s.r.l.

Via Caravaggio 8 - 90145 Palermo tel./segr./ fax 091 229914 - 091 220322

www.ipfp.it e-mail: info@ipfp.it

L'ipfp è la sede siciliana dell'Accademia di Psicoterapia della Famiglia per i corsi di formazione in psicoterapia ad indirizzo sistemico relazionale. Riconosciuta dal M.U.R.S.T. con D.D. del 23 luglio 2001

I colloqui di selezione per i corsi di formazione si svolgono tutto l'anno. I corsi iniziano a gennaio di ogni anno.

Svolge formazione e attività clinica nei settori della psicologia e psicoterapia individuale, della coppia e della famiglia

Esplora consulenza e supervisioni ai servizi, pubblici o privati, e a singoli professionisti

Organizza corsi, seminari di studio e di aggiornamento per operatori sociali e genitori

Lo staff è costituito da psicologi e psichiatri di consolidata formazione ed esperienza nella didattica e nell'intervento psicoterapico

