

ECOLOGIA
DELLA MENTE
1989

Il lavoro in équipe: strumento insostituibile per la ricerca clinica mediante la terapia familiare

Matteo Selvini*
Mara Selvini Palazzoli**

1. INTRODUZIONE

Abbiamo deciso di dedicare questo nostro scritto, invece che a contenuti della ricerca in corso al nostro centro, allo strumento che porta avanti tale ricerca: il lavoro in équipe. Questo scritto è il risultato delle esperienze interpersonali e delle discussioni dell'intera équipe che opera nel Centro a partire dal 1982, la quale è costituita, oltre che dai due autori, da Stefano Cirillo e Anna Maria Sorrentino. Maurizio Viaro, associato alla ricerca e autore di studi originali sulle videocassette delle nostre sedute, ha contribuito, pur non essendo membro dell'équipe terapeutica (o forse proprio per questo), a un grande numero delle nostre prese di coscienza.

Questo scritto non concerne il "nostro" lavoro in équipe, ma le idee che tale lavoro ci ha indotti a elaborare in merito a questo delicato e mirabile strumento. Tali idee hanno potuto prender corpo attraverso le innumerevoli difficoltà, le sofferenze e gli errori attraverso cui tutti i membri dell'équipe, ciascuno a suo modo, hanno dovuto giocoforza passare. Anche un orecchio non particolarmente addestrato può percepirne agevolmente l'eco nei diversi arrangiamenti qui proposti per proteggerne e potenziarne il funzionamento'.

2. L'ÉQUIPE TERAPEUTICA STABILE CON FINALITÀ DI RICERCA

2.1. *Specchio unidirezionale e lavoro di équipe: un binomio innovativo nella storia della psicoterapia.*

Negli anni '50 N. Ackerman e lo staff del Jewish Family Services, grazie all'uso dello specchio unidirezionale, iniziarono a osservare reciprocamente il loro lavoro terapeutico. L'uso dello specchio unidirezionale era stato preceduto dalle prime storiche esperienze della co-

* Matteo Selvini, psicologo, è membro dell'équipe terapeutica presso il Nuovo Centro per lo Studio della Famiglia di Milano.

** Mara Selvini Palazzoli, psichiatra, è direttore del Nuovo Centro per lo Studio della Famiglia di Milano e membro dell'équipe terapeutica.

terapia (chiamate anche terapie multiple) i cui pionieri furono Adler [2], Whitaker [55] e Dreikurus [14]. Successivamente si colloca la importantissima esperienza del gruppo di Philadelphia (Boszormeny-Nagy [9] — Framo [25]) che utilizzò sistematicamente la co-terapia, affiancandovi la supervisione diretta (o su nastri video) da parte della équipe allargata, utilizzata in particolari fasi della terapia familiare².

Negli anni '50-'60 molte altre esperienze di ricerca e terapia furono caratterizzate da tale doppia dimensione di équipe e di auto-osservazione diretta. La più importante è stata certamente quella che fece capo a Bateson [4], con cui collaborarono Haley, Weakland e Don Jackson. Non è nostra intenzione soffermarci su una dettagliata disamina storica. Vogliamo citare solo alcune altre importantissime esperienze di équipe. Si pensi agli anni di feconda collaborazione di Salvador Minuchin con Dick Auerwald e Braulio Montalvo alla Wiltwyck School per giovani delinquenti di New York. Fu lì che si posero i fondamenti dello strutturalismo familiare [29]. E fu proprio lo stesso Montalvo che teorizzò, in un articolo divenuto un classico [31], la grande importanza della supervisione diretta e del lavoro in gruppo come tecniche di formazione dei terapeuti, dando un forte impulso a tutto un nuovo campo di esperienza.

Il gruppo della Multiple Impact Therapy (MIT) di Galveston, Texas [26], prevalentemente interessato alla ricerca clinica, proseguì invece nel filone della supervisione diretta in équipe. Tale filone, storicamente assai importante, affermatosi negli anni '50-'60, andò però gradualmente declinando negli anni '70-'80.

Un certo rilancio della pratica terapeutica in équipe fu determinato dalla diffusione del lavoro di Selvini Palazzoli e dei suoi collaboratori, Boscolo, Cecchin e Prata, con *Paradosso e Controparadosso* [41]: un modello di ricerca teorica e clinica basato sulla supervisione diretta in équipe che ottenne ampi riconoscimenti. Quell'esempio, arricchito da nuove proposte, venne seguito da molti; si pensi a Bergman, Hoffman, Papp dell'Ackerman Institute di New York, nonché all'ampio spazio che, negli anni '80, la rivista canadese, *Journal of Strategic and Systemic Therapies*, dedicò a quel modo di lavorare in équipe. Attualmente, sul finire degli anni '80, nel mondo della terapia familiare ci sembra in atto un'inversione di tendenza. La ricerca clinica condotta da un'équipe stabile in reciproca supervisione diretta sembra avviata al tramonto.

2.2. Le ragioni del silenzioso declino del lavoro di équipe

L'attuale fase di consolidamento istituzionale della terapia familiare tende a sminuire l'importanza del lavoro di équipe. Nei grandi congressi, i "vip" della terapia familiare danno di ciò un'implicita conferma parlando a titolo personale e quasi mai come membri di un gruppo. Le scuole di formazione alla psicoterapia sono costituite da

docenti spesso molto competitivi tra loro, orientati ad affermare la propria individualità e a valorizzare il loro ruolo di leader, a scapito della partecipazione egualitaria a gruppi di lavoro e ricerca. Sul mercato della libera professione il praticare regolarmente la terapia della famiglia in équipe è assai poco remunerativo a causa dei costi. La dimensione di équipe tende così a sopravvivere soprattutto nei servizi pubblici. Qui però la burocratizzazione dei servizi, e conseguentemente la scarsa mobilità degli operatori (almeno in Italia), produce a volte una sorta di faticosa "coazione a collaborare". Fatto, questo, del tutto antitetico alla possibilità di costruire équipe spontanee, basate sulla scelta reciproca per ragioni di simpatia, stima, convergenza di scopi e interessi.

Quanto ai centri di formazione alla terapia familiare, sembra ormai tramontata la convinzione dell'importanza inderogabile del ginario "Milan team".

«Una volta che il singolo terapeuta abbia imparato a pensare in modo sistemico e ad inventare degli interventi significativi usando le sue personali risorse, può allora utilizzare questo approccio da solo senza il supporto di un'équipe» («Once an individual clinician has learned how to think systemically and how to create relevant interventions on his own, he can apply the approach without a team») [48, p. 257].

Lo stesso concetto è espresso anche dagli stessi Boscolo, Cecchin, Hoffman e Papp [8]. Tutto quanto l'affermatissimo settore del training per terapeuti della famiglia si basa ormai sul presupposto che il terapeuta esperto possa lavorare da solo. Si può allora capire come, di fronte alla defezione degli stessi "padri fondatori", al modello individualistico fornito dai "vip" e dai didatti della terapia familiare e alla situazione difficile sul mercato professionale della psicoterapia, la dimensione équipe tenda all'estinzione. Regge ancora nei servizi pubblici (se si superano le citate difficoltà di "collaborazione coatta") perché una dimensione di "squadra" consente di sopravvivere a condizioni di lavoro che altrimenti condurrebbero alla depressione e al "burn-out" dell'operatore isolato.

Con questo nostro articolo, basato su molteplici e prolungate esperienze di partecipazione a numerose équipe terapeutiche vorremmo contribuire ad una ripresa del dibattito su un tema così importante, ma anche problematico e ostico al punto da aver promosso pubblicazioni scarsissime⁴. Le voci bibliografiche che siamo riusciti a trovare appartengono alla letteratura anglosassone, dove però si avverte fortissima la tendenza ad utilizzare il lavoro di équipe in supervisione diretta soprattutto come tecnica di formazione, oppure come risorsa occasionale per fronteggiare situazioni di impasse [2], p. 307-6, p. 167-168, 18].

In questo nostro scritto vorremmo invece focalizzare l'attenzione sul lavoro di équipe in supervisione diretta come stabile modalità d'intervento con finalità contemporaneamente cliniche e di ricerca.

Vesk
e
LOND
peppoli
TUA

2.3. *L'équipe come mente collettiva*

Crediamo sia necessario esaminare attentamente l'impatto, conoscitivo e terapeutico, di quella complessa "mente collettiva" prodotta dall'efficace funzionamento di una équipe terapeutica. Tali dinamiche di "piccolo gruppo" sono state finora sottovalutate. Prendiamo l'esempio emblematico della migliore ricostruzione storica finora esistente, del movimento della terapia familiare: il volume di Lynn Hoffman *Principi di terapia della famiglia* [21]. Pur prendendo giustamente le mosse dalla rivoluzione introdotta nella psicoterapia dall'uso dello specchio unidirezionale (si veda il prologo "Dietro lo specchio") la Hoffman si arresta ad alcune considerazioni preliminari:

«Vedere le cose in modo diverso rendeva possibile pensare in modo diverso» [21, p. 13-14] (Ed. am. p. 3: «Seeing differently made it possible to think differently»). Evitando di spiegare a fondo come concretamente si attuò tale rivoluzione culturale, la Hoffman privilegia un dibattito epistemologico astratto. L'intero volume sembra più ispirato da una sorta di "culto della personalità": l'esaltazione dei grandi personaggi che "avrebbero" fatto la storia della terapia familiare. La dimensione "équipe" nella ricerca o nella terapia viene presa in considerazione in poche righe soltanto, verso la fine del volume (p. 304-307; ed. am. p. 332-335). Vi ritorneremo tra poco.

2.4. *La supervisione diretta in équipe: un metodo rivoluzionario indispensabile*

Invece già al tempo di *Paradosso e Controparadosso* [41] gli autori avevano sottolineato la grandezza delle prospettive aperte dalla reciproca supervisione diretta. Col passare del tempo, parte degli elementi di tecnica terapeutica allora descritti sono stati abbandonati dalla nostra équipe attuale [45]: L'esperienza ci ha spinto a valorizzare altri elementi che allora erano stati più o meno esplicitamente enunciati:

- a) la stabile e prolungata collaborazione di un piccolo gruppo di esperti che hanno tra loro una relazione tendenzialmente egualitaria e che si alternano nei ruoli di terapeuta diretto e di supervisore;
- b) la lunga durata delle sedute che vengono più volte interrotte per dare spazio al confronto interno all'équipe;
- c) l'integrazione tra contesto terapeutico e contesto di ricerca clinica intensiva sul singolo caso;
- d) il tentativo di esercitare un impatto terapeutico in tempi brevi ("o si riesce rapidamente a provocare dei cambiamenti o si perde l'autobus");
- e) la sistematica compilazione, da parte del terapeuta diretto, del verbale di ogni seduta, che viene letto e commentato prima della seduta successiva;
- f) un'équipe terapeutica di quattro persone (non troppo esigua né troppo eccessiva);

- g) rapporti di stima reciproca tra i membri dell'équipe;
- h) l'indispensabilità, anche per il più esperto dei terapisti, di essere costantemente supervisionato nelle situazioni terapeutiche più difficili (schizofrenie, anoressie cronizzate).

2.5. *Lavoro di équipe e tecniche terapeutiche*

Nel ripercorrere l'evoluzione del lavoro terapeutico di Mara Selvini Palazzoli, Matteo Selvini [37] si era soffermato sul *nesso* tra la modalità da lei adottata di lavorare *sempre* in équipe e la rapida evoluzione delle tecniche terapeutiche sperimentate dalle sue équipes via via susseguentisi:

«Per comprendere le ragioni di fondo delle vorticose trasformazioni delle tecniche terapeutiche occorre mettere in primissimo piano, più che il rapporto con i clienti, la particolare strutturazione del lavoro in équipe: esiste un rapporto assai profondo tra lo sviluppo di nuove idee prodotto dalla terapia familiare e la complessità del contesto di osservazione, che, in parte involontariamente, è stato ideato. Il lavoro d'équipe, nel campo della psicoterapia e della psichiatria, è nato prima della terapia familiare, ma con un solo terapeuta per volta col singolo paziente, al di fuori dei normali contesti di vita (cioè in istituzioni psichiatriche o comunità terapeutiche). Si è forse sottovalutato che con la terapia familiare si è avuta un'essenziale trasformazione del lavoro d'équipe: non solo si è allargato il campo di osservazione, non solo è divenuta possibile una visione 'binoculare' della famiglia, vista simultaneamente da terapeuta e supervisore, ma *gli stessi osservatori sono stati 'moltiplicati' e incaricati di osservarsi tra loro*. Ci si sposta sul terreno della complessità: l'osservatore osserva se stesso che osserva. E tutto questo assai prima di divenire ben consapevole, e di scoprire di essere in linea con le più avanzate teorie di filosofia e metodologia della scienza!»

È la grande rivoluzione della supervisione diretta: la creazione di un doppio livello simultaneo di osservazione (e interazione) che consente di produrre un sistema autocorrettivo assai più efficace di quello formato dal singolo terapeuta, o anche dalla diade terapeuta-supervisore indiretto, da sempre utilizzati nel lavoro psicoterapeutico. I tempi di correzione dell'errore si accorciano enormemente.

La posizione del supervisore, di attenta partecipazione *ma di minor coinvolgimento*, consente preziose osservazioni sui comportamenti verbali e non verbali della famiglia e del terapeuta diretto, garantendo quel *distacco* (chiamato posizione "meta") che diminuisce all'équipe terapeutica il rischio di soggiacere ai modelli disfunzionali delle famiglie in trattamento.

Giudicato ora, in una prospettiva storica, qual è stato l'effetto di questa particolare modalità autoriflessiva di lavoro in équipe? Quanto più evidentemente salta agli occhi è l'enorme accorciamento dei tempi nelle scelte di modelli e tecniche terapeutiche, e nella relativa sperimentazione. Nel caso di Selvini, in relativamente pochi anni le sue équipes sperimentarono e continuano a sperimentare una quantità impressionante di modalità di conduzione, tattiche e strategie.

S1

S1

S1

S1

S1

L.V. 1) /
J. TEM P3

S1

P.M. P.M.E

L. GRUPPO DOCCIA 11

Un tale modo di lavoro in équipe produce molto di più e più in fretta, perché mette i terapeuti nella condizione di osservarsi e correggersi reciprocamente; tutto è molto più chiaro ed evidente che nella supervisione indiretta.

È sempre per me fonte di grande stupore l'apprendere quanti terapeuti familiari lavorino tutti soli con i loro clienti. Il vantaggio economico è ben evidente ma sul piano teorico-metodologico, e quindi anche etico, la rinuncia alla dimensione d'équipe ed alla supervisione diretta è inaccettabile, anche se attuata dal più esperto dei terapeuti: il controllo terapeutico di una famiglia è troppo difficile, non sono possibili semplificazioni e scorciatoie. Il terapeuta familiare isolato corre seri rischi di naufragare, soprattutto quando abbia a che fare con un paziente designato psicotico.

Certo anche lavorare in équipe non è compito facile: rispetto all'«aiuto» in considerazione: il terapeuta sarà così sempre impegnato su più fronti: il gioco con la famiglia e quello nell'équipe terapeutica (ai quali, nel contesto pubblico, si aggiunge anche quello istituzionale).

Nell'esperienza della Selvini un'équipe egualitaria, in un centro di ricerca completamente indipendente, senza superiori gerarchici, e senza «dipendenti» (intesi sia come colleghi subordinati che come allievi) ha costituito una condizione ideale per sviluppare la massima libertà creativa. Tale contesto presenta indubbi vantaggi rispetto alla maggior parte delle équipes vincolate ad ambiti istituzionali (università o servizi pubblici); ma ancor più rispetto a équipes impegnate in centri dove la formazione sia l'attività principale. La storia della terapia della famiglia mostra una particolare incompatibilità tra ricerca e formazione: la creatività terapeutica di molti grandi maestri si è offuscata proprio nel momento in cui hanno iniziato a dedicarsi sistematicamente all'insegnamento (si veda ad esempio gli stessi Haley e Minuchin). Ed è logico: una volta diventati professionisti della formazione di terapeuti della famiglia, è su questo terreno che hanno investito le loro capacità creative.» [37, ed. it. pp. 78-80; ed. am. pp. 90-92].

Si trattava di affermazioni solo parzialmente originali, e di una sintesi di ciò che, ben più autorevolmente, altri avevano scritto. Ad esempio, l'elementare criterio secondo cui due teste pensano meglio di una era già stato espresso dal gruppo di Galveston [26]. Hoffman [21, p. 304; ed. am. p. 333: «It is the synergistic effect of several minds applied to a given problem»] aveva sottolineato «l'effetto sinergico di parecchie menti che si applicano ad un dato problema». Bateson [5] aveva genialmente teorizzato attorno agli effetti di una *visione binoculare*: «In principle, extra "depth" in some metaphoric sense is to be expected whenever the information for the two descriptions is differently collected or differently coded» (ed. am. p. 70) «In linea di principio, ogni volta che l'informazione relativa alle due descrizioni viene raccolta oppure codificata in modo diverso, ci si deve aspettare quella che metaforicamente potremmo definire una maggiore 'profondità'» ed. it. p. 99). Ancora la Hoffman aveva ben colto il valore di combi-

nare le energie ed i talenti di un piccolo gruppo in una condizione di parità o quasi: una forma di «practitioner-research» che «sembra provocare grande entusiasmo e vivo senso di partecipazione». [21, ed. it. p. 306; ed. am. p. 335]. Anche rispetto al tema della posizione «meta» (meta position) e del «minor coinvolgimento» (involvement) o «distacco» (detachment) del terapeuta, le citazioni potrebbero essere molte.

Tuttavia negli anni '80 la modalità del lavoro d'équipe in supervisione diretta è rimasta assai legata alle tecniche paradossali. Si può dire che tutta la letteratura esistente (tranne quella dedicata specificamente alla formazione) considera il lavoro di équipe come strettamente abbinato alle tecniche paradossali (Papp [32], Todd [47], Comwell [13]). In questo modo la verifica dei seri limiti delle terapie paradossali ha finito per indebolire anche l'interesse per la supervisione diretta. La nostra esperienza, con l'abbandono ormai da anni delle tecniche paradossali, ci ha convinto che interesse ed importanza della supervisione diretta vanno ben al di là dell'utilizzo dei metodi paradossali.

2.6. *Équipe ed intensità emotiva*

C'è un nesso importante tra lunga durata delle sedute, lavoro di équipe e lavoro con le famiglie al completo. Spesso non è facile riunire un'intera famiglia poiché già il fatto di riunirsi, in certi giochi familiari, può risultare assai allarmante. Proprio la natura di una simile situazione, di per sé promotrice di momenti pregnanti, richiede limiti temporali non troppo ristretti. In più tale situazione richiede al terapeuta di impegnare intensivamente varie persone legate da potenti vincoli emotivi, senza tuttavia perderne il controllo. In altre parole, riunire un gruppo familiare in un contesto implicitamente caricato dal segno della colpa (espressa dalla grave sofferenza psichica di un membro) crea di per se stesso le condizioni adatte ad una sorta di catarsi: eventi e sentimenti fino ad allora tenuti celati vengono scoperti, nuove dimensioni cognitive e relazionali vengono sperimentate. Una situazione potenzialmente così carica di tensioni può confondere un terapeuta isolato. Costui allora, più o meno consapevolmente, è assai probabile che tenda a difendersi dall'intensità dei vissuti della famiglia, soffocando quelle «micce» che potrebbero farla esplodere.

In generale, la presenza di un gruppo appare necessaria a causa della natura particolarmente ansiogena del nostro lavoro con le situazioni più difficili. Situazioni drammatiche, affrontate con informazioni spesso insufficienti e con scarse probabilità di successo, rischiano di mettere a durissima prova la sopravvivenza psicologica dell'operatore isolato, spingendolo a fare ricorso a meccanismi difensivi del tutto privi di efficacia clinica. Sono noti a tutti certi opposti atteggiamenti degli operatori psichiatri:

a) la vittima della cosiddetta sindrome del "burn-out" che ha sviluppato un atteggiamento depresso e cinico verso l'attività terapeutica del tipo "tanto non serve a niente";

b) chi, rassicurato da una fede dogmatica in qualche modello o scuola, è convinto che, seguendo scrupolosamente i suoi maestri, fornirà "la migliore delle terapie possibili".

Il senso di compartecipazione dato da uno "spirito di squadra", il compenso affettivo alle frustrazioni fornito dall'équipe, sono un efficace antidoto "antidepressivo". Non altrettanto efficacemente lo spirito di squadra protegge, nel caso opposto, i suoi membri dalla fede dogmatica e da un'euforia un poco maniacale. Sui possibili rimedi a questo rischio ritorneremo più avanti (paragrafo 3.5.).

3. LA SOGGETTIVITÀ DEL TERAPISTA NELL'ÉQUIPE

3.1. La riscoperta del terapeuta come soggetto

Un'équipe potenzia la sua intelligenza collettiva quando è in grado di esaltare le doti individuali dei suoi membri. Ciascuno di essi porta nel lavoro il proprio bagaglio di esperienza e di conoscenza, fornendo un indubbio incremento alla mente collettiva. Inversamente l'équipe aiuta a compensare eventuali limiti di conoscenza e di esperienza dei singoli.

Tuttavia i singoli portano nel lavoro, nel bene e nel male, le loro caratteristiche personali ed emotive. Questo costituisce un problema di fondo nella storia della psicoterapia; come evitare che le problematiche personali del terapeuta sfuggano al suo controllo cosciente, suscitando condotte non terapeutiche? Ciò vale sia per le problematiche generali che influenzano il suo atteggiamento nella professione, sia per problematiche specifiche che lo coartano a reagire irrazionalmente alle peculiari caratteristiche di certi casi. È questo il rischio di una vera e propria nevrosi professionale del terapeuta o di suoi deragliamenti cognitivo-affettivi che finirebbero per diventare seriamente dannosi per i clienti.

A questi problemi di fondo si è finora pensato di porre rimedio soprattutto ricorrendo ad un'analisi personale del terapeuta e/o alla supervisione indiretta da parte di un terapeuta più esperto.

Come sottolinearono Rubinstein e Wiener già nel 1964 [35], creiamo che lavorare stabilmente in équipe possa potenzialmente fornire una risposta anche migliore. E questo non perché l'équipe debba diventare un gruppo di terapia dei terapisti. L'équipe deve restare legata sul compito terapeutico. Ciononostante, essa può esercitare una importante funzione: essendo improbabile che i diversi membri abbiano in comune le medesime problematiche personali, un controllo reciproco ed incrociato sulle risposte emotive irrazionali diventerà possibile. Dopo un lasso di tempo necessario alla reciproca conoscenza, tali risposte potranno essere rapidamente decifrate, corrette, e

diventare persino prevedibili. Tale è stata l'esperienza, a volte divertente, della nostra équipe in cui si collabora ormai da sei anni.

In questi ultimi anni, come si può vedere nell'ultimo lavoro dell'équipe di Selvini Palazzoli [45] cercare di pensare in termini di metafora del gioco ci ha portato alla riscoperta dell'individuo come attore e di qui, necessariamente, anche alla riscoperta esplicita del terapeuta come soggetto. Evidentemente non trattiamo qui della soggettività di un terapeuta che lavora da solo, ma di quella di un terapeuta che opera in équipe con le modalità della supervisione diretta.

Un'équipe che funziona, dove non ci siano competizioni o scissioni, nel corso del tempo *aiuta il singolo a conoscersi meglio come terapeuta, e quindi come persona*. (Questo nel senso che non gli vengono inflitte mai "interpretazioni", ma mostrate le situazioni interattive in cui tende ripetitivamente a "intopparsi"). Sarebbe negativo che l'équipe operasse una vera e propria pazientificazione dei suoi membri. Questo genererebbe demoralizzazione, conflitti e soprattutto confusione. L'équipe deve però aiutare il singolo a conoscersi nelle sue personali relazioni. Si veda a questo proposito quanto ha scritto Luigi Anolli in *Sul Fronte dell'Organizzazione* [43, p. 181]:

«... per raggiungere un'adeguata conoscenza di sé, nel senso sopraddetto, lo psicologo deve esaminare con estrema attenzione i propri stili relazionali nell'interazione con gli stili altrui. In che modo, ad esempio, reagisce ad una modalità aggressiva di comunicare? o a un tono seduttivo? quali comportamenti è solito produrre in risposta a comunicazioni squalificanti? come reagisce ad un tono di sfida? e capace di rispettare la reticenza? o è piuttosto incline ad insistere, fino a scivolare nel braccio di ferro? oppure preferisce chiudersi, assumendo un aspetto frustrato e infelice? che effetti producono su di lui, i modi sprezzanti? o i modi stucchevolmente ossequiosi? di fronte al silenzio, che risposte tende a dare? e nel caso di un colloquio monotono e noioso, come si comporta? quando l'altro appare distaccato, difeso e sfuggente, che modalità di comunicazione assume? come reagisce al pianto, alle dichiarazioni di disperazione, alle richieste pressanti?»

Vorremo ora cercare di precisare schematicamente alcune aree delle peculiarità soggettive del terapeuta della famiglia: il conoscerle bene può sia guidare l'équipe nella scelta del membro più adatto per una data famiglia, sia predisporre l'équipe ad aiutarlo col massimo impegno.

1. Il terapeuta può sentirsi a disagio con famiglie appartenenti a certe aree culturali. È essenziale che il terapeuta si muova senza problemi nel retroterra culturale della famiglia che prende in trattamento, che conosca e tolleri credenze, riti e consuetudini di quella determinata provenienza etnica, regionale, sociale e sottoculturale.

2. Il terapeuta giovane può sentirsi inibito con una famiglia i cui genitori fossero troppo più anziani di lui. Viceversa, un terapeuta anziano potrebbe far fatica a sintonizzarsi sulla lunghezza d'onda di una coppia assai giovane.

3. Il terapeuta può possedere modalità verbali ed espressive che possono essere efficaci con un ceto culturale sofisticato e poco efficaci con un ceto popolare.

4. Il terapeuta può essere in grado di lavorare meglio su determinati registri emotivi che su altri. Ad esempio è capace di un discorso affettivo ed empatico, ma non di ricorrere alle maniere forti quando è necessaria la provocazione o interrompere comportamenti inaccettabili. Oppure non è in grado di sdrammatizzare con intermezzi umoristici transazioni che rischiano di essere cupe ed accusatorie, mentre è capace di molta coerenza nel filo logico della propria indagine.

5. Il terapeuta lavora meglio quando ha a che fare con un tipo di problema clinico (sintomo) su cui sente di avere più esperienza e conoscenza. Una problematica per lui completamente nuova ed atipica è assai probabile che possa indurlo in disagio.

6. Infine c'è la fondamentale variabile della condizione personale e familiare del terapeuta. Le esperienze della sua vita segnano il terapeuta e lo rendono più sicuro o più vulnerabile di fronte a determinate situazioni.

Le esperienze traumatiche del terapeuta, le sue sofferenze passate, e persino le sue problematiche in atto possono, entro certi limiti, potenziare il suo lavoro. *VALERIA RIZZI ENTA*

Problemi personali troppo grandi rendono invece precario o impossibile, l'inserimento dell'operatore nell'équipe, di cui disturbano il funzionamento, danneggiando, di conseguenza, i clienti.

3.3. L'équipe deve valorizzare i suoi terapeuti

Se il terapeuta deve cercare di conoscere se stesso anche l'équipe deve conoscere i suoi terapeuti, nel senso che ciascuno deve applicarsi a conoscere ciascuno. Il terapeuta, aiutato dall'équipe, lavorerà per superare i suoi limiti. Si tratta di un processo lento, che richiede anni, e che è in buona misura collegato anche col vivere le fondamentali esperienze della vita (matrimonio, figli, malattie, lutti ecc.). Ma, al di là del processo di crescita del terapeuta, esistono certe sue basilari caratteristiche personali, quello che possiamo chiamare il suo *stile che, nei tratti essenziali, non solo deve essere rispettato ma anche valorizzato e consolidato. Una strategia terapeutica non può basarsi sulla fondamentale variabile della persona del terapeuta, con i suoi limiti e con il suo stile* [25]. *Ci sembra un grave errore imporre al terapeuta modalità di conduzione e di intervento incompatibili con la sua personalità. Non ci sono dei modelli personali di terapeuta che possano essere copiati: ognuno deve trovare le proprie modalità di porsi* [56], pur nel rispetto di ineludibili criteri di efficacia, sia nella raccolta delle informazioni (anche sul registro delle proprie reazioni emotive) che nella trasmissione dei messaggi. È possibile riprodurre una strategia terapeutica, ma non le idiosincrasie modalità verbali, posturali ed emotive con cui un terapeuta, passo passo, la porta avanti.

3.3. L'uso terapeutico della soggettività del terapeuta

Le reazioni emotive del terapeuta in seduta possono offrire informazioni importantissime per l'ipotizzazione sul gioco in atto entro la famiglia e tra questa e l'équipe. Interrompendo la seduta, il terapeuta confronta i suoi vissuti-emotivi (collera, indignazione, avvillimento ecc.) con quelli dei supervisori. Il confronto e la discussione mirano a capire il tipo d'interazione in atto in quella famiglia (e quindi anche il suo gioco nei confronti del terapeuta). Una situazione tipica nella nostra esperienza è quella del terapeuta che, dopo aver congedato i figli, prosegue a lavorare con la coppia dei genitori. Tale contesto mette il terapeuta in una condizione quasi ottimale: identificarsi emotivamente col figlio paziente, capire il tipo di triangolazione in cui questi si trova.

Vediamo l'esempio di una terza seduta con la famiglia di un adolescente maniaco-depressivo [45, p. 238-240; ed. am. p. 225-227]. Al termine della seconda seduta la terapeuta, che aveva lavorato efficacemente per l'esplicitazione del gioco familiare, aveva congedato il paziente con un intervento mirante a demotivare il suo coinvolgimento. Nella terza seduta, alla quale sono convocati da soli, i genitori danno notizie deludenti. Il figlio ha ricurrito i suoi comportamenti sintomatici. Dobbiamo prendere atto che il nostro lavoro non lo ha neppure sfiorato. Tuttavia non è questo che mette in ansia la terapeuta, ma è l'impatto emotivo coi genitori, che descrivono l'allarmante situazione del loro primogenito senza manifestare alcuna ansietà. Non hanno preso al suo riguardo alcun provvedimento. Danno l'impressione di sentirsi molto rassicurati dall'aver delegato ogni responsabilità a degli specialisti così rinomati.

La terapeuta slitta a poco a poco in una sensazione crescentemente penosa: ha di fronte due persone intelligenti, colte, apparentemente motivate, che sembrano aver capito, nelle sedute precedenti, la loro parte nel gioco. E tuttavia si sente totalmente impotente. La discussione in équipe fa emergere la sottile sensazione di estraneità che questa coppia comunica a tutti, e specialmente alla terapeuta. Tali vissuti appaiono come un indizio cruciale per ipotizzare la situazione del figlio, e la parte da lui assunta nel gioco: la sua storia di rischiosi "acting-out" appare come il tentativo disperato di "penetrare l'impenetrabile". Rientrata in seduta, la terapeuta confessa ai genitori la propria amarezza. Descrive loro i suoi vissuti come fossero quelli del loro figlio: "Siete prigionieri del vostro conflitto passionale... come dentro una bolla di vetro... dove nessuno può raggiungervi, né Marcello, né tantomeno io".

Tale comunicazione fa crollare la barriera di estraneità consentendo di avviare il chiarimento dei nascosti problemi della coppia. Ma, al di là degli effetti terapeutici, il vissuto del terapeuta diretto risulta decisivo per capire la posizione del figlio nel gioco della coppia genitoriale.

Il recupero della dimensione soggettivo-emotiva del terapeuta e dei supervisori consente di adire ad una visione terapeutica assai più complessa [11, p. 148]. I livelli cognitivi di osservazione e di autosservazione (informazioni fattuali raccolte, osservazione dei comportamenti verbali e analogici in seduta ecc.) vengono messi in dialogo con percezioni emotive un tempo relegate nella scatola nera, con effetti di mutilazione e di impoverimento.

Un altro esempio classico è quello del terapeuta che, lavorando con i genitori, scivola in una maggiore empatia con uno di loro. (Ovviamente se ne giustifica, attribuendola a certe belle qualità di quella persona). Viceversa i supervisori, grazie alla loro posizione, possono identificarsi con l'altro coniuge, la cui crescente stupidità e inerzia deriva proprio dal successo che l'altro ha col sedurre il terapeuta quasi mai in modo erotico, ma in cento altri modi possibili.

In definitiva, anche il terapeuta della famiglia più capace di conoscere se stesso ed interpretare i propri vissuti ha necessariamente delle potenzialità inferiori a quelle di un'équipe. Si pensi poi alla difficoltà di identificarsi emotivamente e contemporaneamente con più persone. La presenza di un'équipe, laddove i diversi membri possono realizzare identificazioni diverse, seppur mobili e flessibili, risulta di grande aiuto.

3.4. Effetti dell'équipe sul terapeuta

Rispetto a questo tema riteniamo necessario chiarire un errore che noi stessi abbiamo purtroppo contribuito a diffondere. In passato, come abbiamo visto nel paragrafo 2.5., abbiamo parlato di "minor coinvolgimento", "distacco", "posizione media" dell'équipe (e, di conseguenza, del terapeuta come parte di essa). Crediamo che questa teorizzazione sia stata fuorviante. Infatti, dal punto di vista teorico, ha prestato il fianco all'illusione scientifica di aver trovato la via maestra allo studio della "realtà oggettiva" della famiglia [33, p. 74; 50]. Ma soprattutto, in senso clinico, parlare di distacco tra terapeuta e famiglia risulta incongruente: il terapeuta, per esercitare un'influenza terapeutica, deve avere un contatto emotivo e cognitivo formidabile con tutti i membri della famiglia. Altro che distacco! Si tratta di riflettere su quali sono le strategie più opportune per rendere emotivamente e cognitivamente pregnante la relazione terapeutica. Comunque si tratterà certo di puntare al *massimo* e *non* al *minimo* coinvolgimento. Un tempo tendevamo a identificare il coinvolgimento emotivo con la famiglia con l'essere caduti preda del suo gioco. Ma è un'equazione arbitraria. Il compito dell'équipe consiste invece nel consentire il massimo coinvolgimento del terapeuta, simultaneamente vigilando affinché non cada nell'avallare, o addirittura rinforzare, un processo familiare patogeno. L'equivoco sul coinvolgimento deriva anche dalla tradizione delle tecniche terapeutiche sviluppate dal gruppo della Sel-

vinì negli anni '70. La connotazione positiva, la neutralità, l'interventismo, il comunicazionalismo hanno finito per avallare e quasi giustificare teoricamente la pratica di una grande distanza emotiva tra terapeuta e membri della famiglia. In realtà lo stile terapeutico della Selvini è proprio agli antipodi della distanza¹⁰. Però molti prosecutori hanno a lungo fatto proprio un atteggiamento di distanza "professionale". E lo si può ben capire in terapisti principianti, inevitabilmente spaventati dalle famiglie, ed inclini a rifugiarsi in difese intellettualistiche¹¹, o comunque pronti ad utilizzare difese atte ad esorcizzare la paura di uno stretto rapporto con la famiglia e la possibile ansia per la responsabilità terapeutica. Perfino le terapie prescrittive, come quelle da noi sperimentate con l'uso della serie invariabile di prescrizioni, presentano il serio pericolo di poter essere utilizzate dal terapeuta come difesa. Una forte tecnicizzazione del rapporto terapeuta-clienti può produrre un disimpegno sul piano emotivo (per lo meno da parte del terapeuta!).

3.5. I rischi di disumanizzazione del rapporto

Quello a cui abbiamo testè accennato, cioè un rapporto in cui il cliente si coinvolge emotivamente mentre il terapeuta, con vari artifici, prende le distanze è, crediamo, il rischio più grave. Un simile rischio non è specifico per il lavoro di équipe (al di là del fatto che si è verificato allorché lavoravamo con metodi paradossali o prescrittivi), dovrebbe anzi essere stornato da un'équipe accorta. Può divenire però probabile per la concomitanza con un fenomeno che è invece specifico dell'équipe: lo spirito di squadra.

Come abbiamo già detto, lo spirito di squadra di un'équipe unita e collaborante controbatte il senso di impotenza che potrebbe distruggere l'operatore che isolatamente deve trattare un caso difficile. Se però la presenza emotiva della "squadra" diviene *preponderante*, ecco che il cliente tende a "non essere più visto" dalla squadra se non strumentalmente, come una sorta di avversario da domare. È questo il grave problema dello "spirito di confesa" [45, p. 231; ed. am. p. 219] che induce l'équipe a distanziarsi dalla famiglia, a perdere il contatto empatico. L'eccesso di spirito di squadra poi, nello scontro con gli insuccessi, rischia di innescare meccanismi abbastanza prossimi alla negazione maniacale della realtà: l'esaltare alcuni avvenimenti o cambiamenti (che sarebbero invece perlomeno da interpretare) a scapito di altri, il disattendere una sistematica verifica catamnestiche, il tuffarsi in nuove terapie senza riflettere sulla totalità dei risultati precedentemente ottenuti, ecc. L'équipe sostiene la sua identità sulla mitizzazione dei "successi" di alcuni casi, considerati esemplari. Non attiva però una verifica sistematica su tutti i casi, e neppure approfondisce veramente i casi considerati un successo. Questo grave rischio è connesso con l'irrigidirsi dell'équipe, e con la sua chiusura verso l'esterno.

Come vedremo più avanti, è essenziale per l'équipe mantenere aperti i suoi confini, arricchirsi e rinnovarsi nell'interscambio con la comunità scientifica e psichiatrica. Al contrario l'équipe "malata" di dogmatismo, rigidità ed elitismo tenderà a chiudersi in una torre d'avorio. Nell'esperienza recente della nostra équipe lo spirito di squadra, esaltato dal compiacimento per l'elaborazione di un modello generale del processo psicotico nelle famiglie (il processo a sei stadi) [40], ci aveva fatto correre il rischio della ostinazione nel voler trovare a tutti i costi, con le singole famiglie, una conferma del nostro modello. L'esserci resi conto dell'erroneità di un simile atteggiamento dogmatico, unitamente all'abbandono della reticenza [51] e alla cessazione dello spirito di contesa nel lavoro con le famiglie, ci consentirono di lavorare meglio e più "felicitemente" [24]. Tutto questo ci ha infine aiutati a mettere sul tappeto il problema della soggettività del terapeuta. Un tema che, nell'ottica passata, non poteva che essere eluso, e perfino negato.

4. GLI EQUILIBRI INTERNI ALL'ÉQUIPE

Nel nostro lavoro abbiamo ritenuto essenziale impegnarci per realizzare una crescita collaborativa del gruppo² che si basasse sui seguenti criteri:

- a) eguaglianza tendenziale tra i vari membri, ed effettiva condivisione delle responsabilità nella presa in carico (cognitiva ed emotiva) del caso;
- b) salvaguardia di uno spazio psicologico di valorizzazione per tutti i membri;
- c) difesa dell'autonomia di giudizio e della soggettività professionale e personale dei singoli;
- d) chiara comunanza e/o complementarietà degli obiettivi perseguiti dai singoli.

4.1. Quattro criteri per la crescita del gruppo

L'uguaglianza. Non può certo significare un'irrealistica negazione delle differenze individuali che devono essere ben riconosciute, onde non diventare fonte di un gioco disfunzionale nell'équipe. Il rischio che l'équipe scivoli in modelli disfunzionali di interazione è sempre incombente.

La disfunzione competitiva. La competitività fra i membri può portare l'équipe a produrre compulsivamente una sovrabbondanza di proposte³ che risulta solo confondente. Sotto la spinta dell'ansia di affermarsi nel gruppo, i componenti dell'équipe finiscono per "perdere di vista" la famiglia. La divisione in fazioni è una delle cause più frequenti del verificarsi di un tale deragliamento. Naturalmente le modalità della competizione possono essere più o meno palesi.

L'emarginazione di un membro. Un'altra situazione tipica è quella del coagularsi del gruppo in un atteggiamento, di solito implicito, di svalutazione di uno dei suoi membri. Il capro espiatorio, non attaccato in modo diretto per reticenza giustificata dal timore di ferirlo, diviene però un comodo alibi cui attribuire la responsabilità di difficoltà e fallimenti che hanno altre cause.

La gerarchizzazione rigida dell'équipe. È questo uno dei rischi più insidiosi. L'accettazione, concordemente accettata, di un ordine gerarchico informale basato sulla competenza, è un fenomeno del tutto fisiologico che mette al riparo dai rischi competitivi. Rappresenta inoltre un realistico riconoscimento delle differenze individuali. È però molto pericoloso che una tale gerarchizzazione si cristallizzi. Accenneremo più avanti al penoso travaglio attraverso cui dovete passare la nostra équipe per sormontare "differenze" a dir poco radicali! Infatti il criterio dell'uguaglianza è fondamentale per stimolare la massima partecipazione e valorizzazione di tutti. Per questo abbiamo scelto che tutti i membri (in modo paritario quantitativamente) ruotino nei ruoli di terapeuta diretto e supervisore, e che tutti partecipino collaborativamente sia nella produzione di materiale scientifico nella presentazione in libri, articoli, congressi ecc.

Se la gerarchizzazione dovesse irrigidirsi, verrebbe meno il momento fondamentale del controllo reciproco tra terapeuta diretto e supervisore. In azione non ci sarebbe più un'équipe, ma di fatto un'unica persona.

Nel caso in cui il membro "up" della gerarchia è anche il terapeuta diretto, accade che questi proceda senza tener conto di quanto gli è fatto annullato. La funzione di supervisore viene di fatto annullata.

Nel caso invece in cui è il membro "down" ad essere il terapeuta diretto, il problema è più grave. Si verificano infatti due tipi di fenomeni: a) la terapia viene rigidamente pilotata dal leader in supervisione, che trasforma il terapeuta in una sorta di burattino nelle sue mani. Questo non può che avere conseguenze nocive sulle capacità di rapporto empatico del terapeuta con la famiglia;

b) il terapeuta "down" si difende dall'invasione del supervisore, vuoi con l'oppositività aperta, vuoi con la passività da idiota. Comun-diviene soltanto un fattore d'interferenza emotiva nel rapporto terapeuta-famiglia.

Fenomeni come questi possono essere caratteristiche permanenti del funzionamento di un'équipe, ed in tal caso sono il segnale di una grave disfunzione. Oppure possono esistere ad uno stato latente (e quindi meno disturbante) ed esplodere sotto l'impatto dello stress suscitato da casi particolarmente difficili. Ad esempio, nel caso in cui un leader "rigido" sia il terapeuta diretto, la responsabilità di un incombente fallimento è probabile venga scaricata all'esterno, vuoi sulla

famiglia in trattamento (accusata, più o meno esplicitamente, di essere irrecuperabile, demotivata o altro), vuoi su qualche fattore esterno (l'inviante invischiato, o il sabotaggio di un curante ostile ecc.). Il rischio è allora quello di una dimissione frettolosa e punitiva della famiglia.

Nel caso invece in cui il terapeuta diretto è il membro emarginato, due sono le modalità più probabili: l'abbandonare il terapeuta al suo destino (con i supervisori che sonnecchiano o che si rodono le unghie dietro lo specchio) oppure il congedare frettolosamente la famiglia per salvarla dalla sfortuna di essere capitata nelle mani di un incapace. Tale frettoloso congedo, che lascerà la famiglia confusa e frustrata, viene talvolta accompagnato da un ultimo "colpo di coda" interventista, con il tentativo di far eseguire al povero burattino un intervento finale poderoso.

In conclusione riteniamo ci sia un nesso importante tra l'effettiva parità operativa tra i membri dell'équipe e la capacità dell'équipe "intoto" di assumersi compattamente la responsabilità, nel bene e nel male, di successi e fallimenti (senza ricorrere a strategie difensive che paiono essere motivate, più che dal vantaggio della famiglia, dal desiderio dell'équipe di eliminare una propria sofferenza interna).

Certamente, come è stato ben sottolineato da Heath [20], la supervisione diretta in équipe, rispetto al classico modello della supervisione uno a uno, rende più difficile criticare apertamente il terapeuta. Infatti, nel caso di una divergenza tra il terapeuta diretto e uno dei supervisori, la presenza di un terzo (o di terzi) costituisce una sorta di platea che rende più difficile al terapeuta l'accettazione delle critiche, mentre, contemporaneamente, mette il terzo nella difficile posizione di scegliere se tacere, mediare o schierarsi. Comunque scelga, è facile prevedere che farà arrabbiare qualcuno.

Vorremmo infine accennare al problema delle chiamate del terapeuta per conferire con l'équipe. Noi non facciamo uso del citofono, né facciamo mai intervenire direttamente sulla famiglia un altro membro dell'équipe¹⁴. Ci pare infatti che queste modalità tecniche siano troppo rischiose per il clima paritario dell'équipe, e preferiamo allora la modalità di intervalli di seduta, anche piuttosto frequenti (da 2 a 4 per seduta). Non crediamo che gli intervalli siano dannosi per il rapporto con la famiglia. In più, se non c'è il problema della gerarchizzazione rigida dell'équipe, sono utilissimi per ricaricare nel terapeuta la capacità di pensare chiaramente e di condurre in modo logico e finalizzato la seduta.

Un altro tipo di gioco disfunzionale, che non abbiamo sperimentato in questo Centro, ma in altri servizi, è quello della "finta supervisione". In presenza di relazioni non facili nell'équipe, il gruppo, per non affrontare i problemi di fondo, può trovare la soluzione seguente: lasciare che il terapeuta diretto faccia di sua testa tutto ciò che vuole. In tal caso diventerà presto evidente che ciascuno si preoccupa solo dei

casi in cui è terapeuta diretto, mentre tende ad ignorare (non ricorda, non sa...) quelli che segue da dietro lo specchio. I supervisori dietro lo specchio appaiono allora assai disimpegnati, inclini ad amabili conversazioni su argomenti che nulla hanno a che fare con la seduta in corso; se c'è un supervisore solo, ricorre a telefonate, letture ed altre occupazioni. In questo caso si tratta della amplificazione di un fenomeno che, in misura molto più modesta, è fisiologico. È inevitabile, ed anche giusto, che il terapeuta diretto senta più dei supervisori la responsabilità del caso. Nella nostra pratica abbiamo infatti istituzionalizzato tale maggiore responsabilità con la convenzione che sia sempre il terapeuta diretto a scrivere il resoconto dettagliato della seduta che sarà letto nella preseduta del successivo incontro con la famiglia.

4.2. Lo spazio indispensabile alla valorizzazione di ciascun membro

È evidente come questa esigenza sia collegata alla collaboratività nell'équipe. Ma, al di là di ciò, abbiamo verificato come altri fattori vadano tenuti presente:

La numerosità. Agli inizi di ogni esperienza di lavoro in équipe, un numero anche elevato di membri che seguono la stessa famiglia è utile per accelerare il processo di formazione del gruppo e di conoscenza reciproca. Tuttavia, una volta raggiunti questi obiettivi, la presenza di troppe persone che seguono un singolo caso risulta nociva. Infatti, in presenza di terapisti esperti, è difficile ci possa essere sufficiente spazio di espressione per tutti. Nella nostra équipe, nel 1982, iniziamo lavorando sempre in quattro. Dopo circa un anno, rescio conto della difficoltà di fornire a ciascuno lo spazio indispensabile alla propria valorizzazione, ristrutturammo tutta la nostra organizzazione di lavoro, in modo che i vari membri ruotassero e formassero delle sotto-équipe terapeutiche composte da tre membri, o talvolta da due. Consapevolmente pagammo il prezzo che non tutti avessero conoscenza diretta di tutti i casi trattati. Ottenemmo però il grande vantaggio di facilitare in tutti il massimo coinvolgimento.

La lunghezza delle sedute. Nella prassi di un centro di ricerca clinica quale il Nuovo Centro dedichiamo mezza giornata di lavoro ad ogni seduta (due ore e mezza di presenza della famiglia oltre alle discussioni in équipe e la stesura del verbale). Sarà chiaro come mettere a disposizione un tempo così lungo consente di dare molto spazio alle discussioni di équipe, e quindi alla partecipazione di tutti. Tempi più brevi inevitabilmente accentuano la responsabilità del terapeuta diretto che, pressato dalla fretta, non può perdersi troppo ad ascoltare i colleghi. È invece importante che tutti i membri dell'équipe terapeutica si sentano protagonisti della terapia in corso. Questa organizzazione introduce, in teoria, una differenza tra équipe del Centro (che potrebbe essere anche più numerosa) e sotto-équipe terapeutica (che crediamo non debba superare le tre unità). Un simile modello è stato da noi sperimentato con successo in contesti diversi.

affidi familiari e comunitari¹⁵. Possiamo già dire che i contatti con i curanti, non solo sono stati utili ad evitare competizioni e conflitti "sulle teste" dei pazienti, ma ci sono serviti moltissimo per disporre di nuove informazioni, utilissime per consentirci una visione più articolata e complessa dei casi in trattamento.

L'équipe terapeutica e di ricerca, come sistema chiuso in una torre d'avorio, va incontro a forti rischi di involuzioni difensive e potenzialmente deliranti. L'apertura verso l'esterno, nella dialettica e nella validazione con l'intersoggettività della comunità scientifica, è indispensabile per la vitalità terapeutica e creativa del gruppo. Costruire una "mente collettiva" (l'équipe) non può certo tramutarsi nel suo imprigionamento in una gabbia dorata. Nell'isolamento, di fronte ad un compito di tremenda difficoltà, si rischia di non sfuggire alla tentazione di costruirsi un sistema di credenze che non sia falsificabile dalla realtà. E di tali costruzioni è lastricata tutta la storia della psichiatria.

NOTE

¹ È da sottolineare che quanto è detto qui concerne specificamente équipe spontanee che lavorino nel privato.

M. Selvini Palazzoli aveva avuto, in questo senso, esperienze precedenti. Dopo quattro anni di lavoro, nel Centro da lei fondato, con équipe disturbate dal conflitto di modelli concettuali, era approdata, alla fine del 1971, all'équipe che fu poi detta "Milan team". Tale équipe era partita da condizioni pressoché ideali. I quattro membri, tutti psichiatri e psicoanalisti "apostati", in quanto decisi ad adottare il modello sistematico, partivano tutti *paritariamente* da zero nell'esperienza della terapia familiare. Tale équipe, dopo aver lavorato in armonia per quasi sette anni, si divise in tempi brevi e con reciproco vantaggio, avendo le due parti esplicitamente optato per scopi differenti.

² Rispetto agli aspetti di équipe di questa esperienza si veda lo storico ed importante lavoro di due membri di quel gruppo [35].

³ Infatti, all'interno delle scuole di formazione, ci pare di poter discernere una tendenza sempre più forte dell'eclettismo tecnico-clinico che conduce, per logica conseguenza, all'offuscamento delle differenze *tra* le diverse scuole. Ci pare inoltre chiaro che il contesto fortemente gerarchizzato (verso gli allievi) e competitivo (tra i docenti) che caratterizza i giochi organizzativi delle singole scuole, non possa che sfavorire la costituzione di gruppi di lavoro collaborativi.

⁴ Basti pensare che in dieci anni di vita della Rivista Terapia Familiare (1976-1986) non c'è neppure un lavoro specificamente dedicato a questo argomento.

⁵ Di questi abbandoni, il più importante è quello della conduzione in coterapia. Si può consultare, a questo proposito, la giustificazione datane da uno di noi (Selvini M. Rubinstein e Weiner [37], p. 131-133; ed. am. p. 238-240) nonché le acute osservazioni fatte a suo tempo da

⁶ Molti hanno osservato (Heath, [20], Wendorf *et al.* [54]) che il terapeuta sostenuto da un'équipe tende a fare interventi più rischiosi.

⁷ La nostra impressione nella lettura della letteratura psicoanalitica della terapia della famiglia (a partire anche dal gruppo di Philadelphia) è proprio quella della violazione del principio del rasoio di Occam: la complicità di un modello interpretativo basato sui sovrapporsi e sullo spostarsi di multipli transfert finisce per generare un'analisi contorta e confondente, a cui forse sfugge il nocciolo dei problemi.

⁸ È chiaro che queste diverse variabili possono essere isolate solo per chiarezza d'esposizione, in quanto risultano tutte strettamente collegate tra loro ed in definitiva

7. *L'idea nuova*

dependenti da una variabile unica e centrale che è quella della sicurezza e competenza personale e professionale del terapeuta.

⁹ Penso che risulterà chiaro come questo problema della "superidentificazione" del terapeuta con un coniuge non sia connesso solo alle particolari capacità seduttive del cliente ma anche, e forse soprattutto, a quelle variabili emotive e personali del terapeuta che è proprio compito dell'équipe essere in grado di mettere a fuoco (con constatazioni peucificamente).

¹⁰ Non solo durante le sedute, ma anche nella capacità di riflettere per giorni e giorni ai problemi lasciati irrisolti da una seduta.

¹¹ Alcuni seguaci dell'approccio sistematico "milanese" sono arrivati addirittura a teorizzare una posizione di distanza emotiva dalla famiglia che vede il terapeuta a "puppet" nelle mani del team, nella disposizione psicologica di non sentirsi affatto "helpful" [47]. D'altra parte, altri appartenenti a questo filone, quale Brian Cade, avevano già ben colto questo grave pericolo "does not foster dysfunctional intensity and over reliance on cognition (a special form of disengagement or dissociation)" (Cade B. citato da Cornwell-Pearson [13, p. 209]).

¹² Rispetto a questi temi si vedano gli interessanti lavori di Cornwell-Pearson [13] e Wenford *et al.* [54].

¹³ Si veda quanto affermato, tra gli altri, da J. Bergman [6, ed. am. p. 97-98] sul rischio che un'équipe produca interventi troppo complessi.

¹⁴ Così come non abbiamo mai fatto uso degli "split messages" [32]. Anche perché, al tempo in cui queste tecniche si diffondevano, noi ci stavamo indirizzando verso l'abbandono totale della reticenza. Per lo stesso motivo non siamo d'accordo con la tecnica del "reflecting team" [3] in quanto la pretesa trasparenza è in realtà impossibile e mal

¹⁵ Non ci soffermiamo su questo argomento a cui dedicheremo altri lavori. Voliamo però segnalare l'interessante ricerca che alcuni di noi stanno conducendo sul tema delle terapie congiunte con i colleghi del Centro di Terapia dell'Adolescenza di Milano. Una prima esposizione di tal ricerca è stata presentata al Congresso di Ginevra del Luglio 1988 da F. Mazzucchelli, S. Cirillo, C. Della Mora, C. Nosengo, M. Selvini e A.M. Sorrentino.

RIASSUNTO

Il lavoro ha l'obiettivo di richiamare l'attenzione dei terapeuti sistemici sull'importanza dell'équipe come strumento essenziale nel processo terapeutico. Viene rilevato infatti che dopo un iniziale entusiasmo sulle possibilità

offerte dall'équipe, si sia passati sempre più a posizioni individualistiche.

Un attento esame delle diverse caratteristiche del lavoro di équipe permette di dimostrare il suo ruolo nella promozione di un contesto di acquisizione di conoscenza.

RESUMEN

El trabajo tiene el objetivo de atraer el atención de los terapeutas sistémicos sobre la importancia del equipo como instrumento esencial en el proceso terapéutico. En efecto, viene explicado como, después el inicial entusiasmo por los posibilidades dados dal equipo, se ha pasado,

siempre más, hacia posiciones individualísticas.

Una exámen particular de las distintas características del trabajo del equipo, permite manifestar su importancia para la promoción de un contexto de adquisición de conocimiento.

SUMMARY

The aim of this work is to draw the attention of the systemic therapists on the importance of the group as an essential instrument in the therapeutic process. It is pointed out that after a startling enthusiasm on the opportunity offered by the

group, personal positions have more and more gathered strength. A careful examination of the different work characteristics of the group allows to show its role in the promotion of advancement of knowledge.

BIBLIOGRAFIA

1. ACKERMAN N., BEATMAN F., SHERMAN S. (1967) (Eds.), *Expanding theory and practice in family therapy*, Family Service Association of America, New York.
2. ADLER A. (1930), *The education of children*, Greenberg, New York.
3. ANDERSEN T. (1987), *The Reflecting Team: Dialogue and Metadialogue in clinic work*, in "Family Process", 26, pp. 415-28.
4. BATESON G. (1972), *Steps to an ecology of mind*, Chandler, San Francisco, trad. it., *Verso un'ecologia della mente*, Adelphi, Milano.
5. BATESON G. (1979), *Mind and Nature*, Dutton, New York, trad. it., *Mente e natura*, Adelphi, Milano.
6. BERGMAN J. (1985), *Fighting for baracuda*, Norton, New York, trad. it., *Pragmatica della terapia sistemica*, Astrolabio, Roma.
7. BERNSTEIN R., BROWN E., FERRIER M.J. (1984), *A model for collaborative team processing in brief systemic family therapy*, in "Journal of Marital and Family Therapy", 10, 2, pp. 151-6.
8. BOSCOLO L., CECCHIN G., HOFFMAN L., PUNN P. (1987), *Milan systemic family therapy*, Basic Books, New York.
9. BOSZORMENYI-NAGY I., FRAMO J. (Eds.) (1965), *Intensive Family Therapy*, Harper & Row, New York, trad. it., *Psicoterapia intensiva della famiglia*, Boringhieri, Torino.
10. BREULIN D., CADE B. (1981), *Intervening in family systems with observer messages*, in "Journal of Marital and Family Therapy", 7, 4, pp. 453-60.
11. CANCRINI L. (1987), *Psicoterapia: grammatica e sintassi*, La Nuova Italia Scientifica, Roma.
12. CIRILLO S., DI BLASIO P. (1989), *La famiglia maltrattante*, Cortina, Milano.
13. CORNWELL M., PEARSON R. (1981), *Cotherapy teams and one-way screen in the therapy practice and training*, in "Family Process", 20, pp. 199-209.
14. DREIKURUS R. (1950), *Techniques and dynamics of multiple psychotherapy*, in "Psychiat. Quart.", 24, pp. 788-99.
15. FRAMO J. (1965), *Rationale and techniques of intensive family therapy*, in Boszormenyi-Nagy I., Framo J. (Eds.), *Intensive family therapy*, Harper & Row, New York, trad. it., *Programma e tecniche della psicoterapia familiare intensiva*.
16. GERSHENSON J., COHEN M. (1978), *Through the looking glass: the experience of two family therapy trainees with five supervision*, in "Family Process", 17, pp. 225-30.
17. GOTTLIEB C., GOTTLIEB D. (1984), *Irreconcilable differences or harmonious cohabitation: clinical case studies utilizing strategic and systemic team work*, in "Journal of Strategic and Systemic Therapies", 3, 4, pp. 73-82.
18. GREEN R.J., HERGET M. (1989), *Outcomes of systemic/strategic team consultation: overview and one month results*, in "Family Process", 28, pp. 37-58.
19. HALEY J. (1976), *Problems solving therapy*, Jossey-Bass, San Francisco, trad. it., *La terapia dei problemi solving*, La Nuova Italia Scientifica, Roma.
20. HEATH A.W. (1982), *Team family therapy training: conceptual and pragmatic considerations*, in "Family Process", 21, pp. 187-94.
21. HOFFMAN L. (1981), *Foundation of family therapy*, Basic Books, New York, trad. it., *Principi di terapia della famiglia*, Astrolabio, Roma.
22. KEMPFER S., SAVITSKY E. (1967), *Training family therapists through live supervision*, in Ackerman et al. (1967).

23. KRAMER D. (1987), *The autistic moment in psychotherapy contemporary family therapy*, 9, 1-2, pp. 79-89.
24. LAI G. (1985), *La conversazione felice*, Il Saggiatore, Milano.
25. LIDDLE H.A., SCHWARTZ R.C. (1983), *Live supervision consultations: conceptual and pragmatic guidelines for family therapy trainers*, in "Family Process", 22, pp. 477-90, trad. it., *Supervisione diretta: consultazione, indicazioni concettuali e pragmatiche per i formatori*, in "Terapia Familiare", 17, pp. 41-54.
26. MAC GREGOR R., RITCHIE A.M., SERRANO A.C., SCHUSTER F.P., MAC DONALD E.L., GOOLISHIAN I.L.A. (1964), *Multiple impact therapy with families*, McGraw-Hill, New York.
27. MANFRIDA G., LAFI I. (1987), *Il centro di terapia familiare e il territorio: problemi e prospettive*, in "Terapia Familiare", 23, pp. 53-64.
28. MAZZUCHELLI F., CIRILLO S., DELLA MORA C., NOSENGO C., SELVINI M., SORRENTINO A.M. (1988), *Approche psychodynamique individuelle et approche systemique familiale dans un service pour adolescents: une interaction est-elle possible?* Relazione presentata al Congresso di Ginevra, Lugito 1988.
29. MINUCHIN S. (1974), *Families and family therapy*, Harvard University press, Cambridge, trad. it., *Famiglie e terapia della famiglia*, Astrolabio, Roma.
30. MOLINARI E., MOSCONI A. (a cura di) (1986), *Il processo terapeutico nell'approccio sistemico: l'interazione tra sistema osservato e sistema osservatore*, Unicopli, Milano.
31. MONTALVO B. (1973), *Aspects of live supervision*, in "Family Process", 12, pp. 342-59.
32. PAPP P. (1980), *The greek chorus and other techniques of paradoxical therapy*, in "Family Process", 18, pp. 45-57.
33. PIOLA G. (1986), *Tendenze attuali della terapia sistemica*. In Mosconi-Molinari (a cura di).
34. ROBERTS J. (1981), *The development of a team approach in live supervision*, in "Journal of Strategic and systemic therapies", 1, 2, pp. 24-35.
35. RUBINSTEIN D., WEINER O.R. (1964), *Cotherapy teamwork relationships in family psychotherapy*, in Zuk G.H., Boszormenyi-Nagy I. (Eds.), *Family Therapy and disturbed families*, Science Behavior

- Books, Inc., Palo Alto, trad. it., *Rapporti nel lavoro dell'equipe di co-terapia nella psicoterapia della famiglia*. In *La famiglia: patologia e terapia*, Armando, Roma.
36. SACCANI P. (1986), *A proposito di specchi*, in "Il Ruolo Terapeutico", 43, pp. 15-20.
37. SELVINI M. (a cura di) (1985), *Cronaca di una ricerca*. La Nuova Italia Scientifica, Roma, trad. am., *The work of Maria Selvini Palazzoli*, Aronson, New York.
38. SELVINI M. (1989), *Il rapporto tra teoria e pratica nell'attività terapeutica di ricerca*, (in corso di stampa in "Ecologia della mente").
39. SELVINI M., COVINI A., FIOCCCHI F., PASQUINO R. (1987), *I veterani della psichiatria*, in "Ecologia della mente", 4, pp. 60-76.
40. SELVINI M. (1986), *Toward a general model of psychotic family game*, in "Journal of Marital and Family Therapy", 12, 4, pp. 339-49, trad. it., *Verso un modello generale dei giochi psicotici nella famiglia*, in "Terapia Familiare", 21, pp. 5-21.
41. SELVINI PALAZZOLI M., BOSCOLO L., CECCHIN G.F., PRATA G. (1975), *Paradosso e Contrapadosso*, Feltrinelli, Milano, trad. am., *Paradox and Counterparadox*, Jason Aronson, New York.
42. SELVINI PALAZZOLI M., BOSCOLO L., CECCHIN G.F., PRATA G. (1980a), *The problem of the referring person*, in "Journal of Mar. Fam. Therapy", 6, pp. 3-9, trad. it., *Il problema dell'inviante alla terapia familiare*. In Selvini M. (1985).
43. SELVINI PALAZZOLI M., ANOLLI L., DI BLASIO P., GIOSSI L., PISANO I., RICCI C., SACCHI M., UGAZIO V. (1981), *Sul fronte dell'organizzazione*. Feltrinelli, Milano, trad. am. *The hidden games of the organizations*, Jason Aronson, New York.
44. SELVINI PALAZZOLI M., PRATA G. (1981), *Insidie della terapia familiare*, in "Terapia Familiare", 10, pp. 7-17, trad. am., *Snares in family therapy*, in "Journal of Marital and Family Therapy", 8, 4, pp. 443-50.
45. SELVINI PALAZZOLI M., CIRILLO S., SELVINI M., SORRENTINO A.M. (1988), *I giochi psicotici nella famiglia*, Cortina, Milano, trad. am., *Family Game*, Norton, New York.
46. SELVINI PALAZZOLI M., CIRILLO S., SELVINI M., SORRENTINO A.M., *L'individuo nel gioco: strategie terapeutiche e progresso della conoscenza*, in "Terapia Familiare", (in stampa).