



In collaborazione con



Scuola di Psicoterapia
Mara Selvini Palazzoli

CONVEGNO

**LA PRESA IN CARICO PARALLELA DELL'ADOLESCENTE
E DELLA SUA FAMIGLIA**

Relazione di Stefano Cirillo *“L'intervento terapeutico per un adolescente sintomatico quando tutti i membri della famiglia sono collaboranti?”.*

Sabato 12 gennaio 2013, ore 9.30 – 18.30

Sede: Aula Magna - Università Cattolica di Milano – Largo Gemelli 1

Questo intervento riprende quanto scritto nel cap. 7 del volume *Ragazze anoressiche e bulimiche*, là dove viene descritto il modello ideale di un intervento parallelo quando si verifica la condizione ottimale di una buona collaborazione sia da parte del/la paziente che da parte dei familiari, condizione ovviamente tutt'altro che scontata: in alcuni casi bisognerà lavorare per ottenerla, in altri bisognerà rassegnarsi a lavorare solo con chi si dimostra cooperante, lasciando però aperta la porta al recupero di chi si è ritirato, e assicurandosi di aver almeno ottenuto che gli assenti non sabotino il nostro intervento, ma consentano che venga portato avanti.

La premessa da cui partiamo è che un adolescente sintomatico (non parliamo di ragazzi che chiedono una consultazione per una problematica esistenziale legata alla tappa evolutiva, come potrebbe avvenire in uno sportello scolastico) non è nelle condizioni di esprimere da solo una richiesta di psicoterapia individuale o comunque di portarla avanti con continuità, per ragioni legate all'insufficiente livello di individuazione e di autonomia.

Questa premessa è condivisa dalla maggior parte di modelli di presa in carico dell'adolescente: spesso però questi si differenziano dal nostro perché congedano i genitori dopo la fase esplorativa e di stipula del contratto, o li affidano ad un terapeuta diverso da quello che prenderà in carico il figlio, in una presa in carico disgiunta. I contatti con eventuali fratelli non sono di regola previsti.

Alessandro, 22 anni, è in carico dai 17 da uno psicoterapeuta per gli scompensi a cui va incontro ogni volta che finisce una storia sentimentale. E' motivato al trattamento e ha una buona relazione con il terapeuta. Questi nel corso degli anni ha alcuni contatti con i genitori, a cui riferisce una diagnosi di disturbo borderline del figlio. I genitori si rivolgono a noi dopo un tentativo di suicidio estremamente serio (non il primo), con



In collaborazione con



Scuola di Psicoterapia

Mara Selvini Palazzoli

accesso al pronto soccorso, in stato di intossicazione da alcol e da cocaina. Un intervento congiunto con i tre membri della famiglia (alternato con alcune sedute con la coppia genitoriale), portato avanti in parallelo con la terapia individuale già in corso, si è concluso con successo. Infatti il lavoro individuale aveva involontariamente accentuato l'adultizzazione e la non affiliazione ai genitori. Da qui derivano gli amori "folli". Il successo è stato raggiunto attraverso il classico intervento della riaffiliazione.

Virginia, 19 anni, è seguita individualmente da una psicoterapeuta per un'anoressia restrittiva iniziata ai 9 anni, in coincidenza con l'uscita di casa del padre, che si è esacerbata da tre anni. Il calo di peso continua, interrotto solo da un ricovero con alimentazione forzata e poi ripreso. La madre da 10 anni è in terapia a sua volta. Una collega consultata dal padre consiglia una presa in carico familiare, in parallelo con i trattamenti in atto. Alle sedute iniziali con genitori e figlia sono succedute sedute con ciascun genitore e Virginia. In seguito è stato convocato anche il compagno della madre. Il calo di peso si è interrotto e recentemente la ragazza ha recuperato alcuni chili.

Qui il fattore terapeutico è stato attaccare la cecità della paziente rispetto all'origine del sintomo come attacco alla madre, nei confronti della quale invece lei dichiarava un rapporto idilliaco. Questo lavoro mette in luce la sua impossibilità a identificarsi con una donna così sconfitta e rinunciataria tanto nella relazione con l'ex marito che con l'attuale compagno.

Non va sottovalutato come il ritardo nel coinvolgimento dei familiari sia assai rischioso: entrambi i pazienti avrebbero potuto morire o peggiorare il proprio stato; hanno comunque perso anni preziosi in cui si costruiscono esperienze assai significative per lo sviluppo.

Inoltre un modello come questo può colludere con la delega dei genitori della responsabilità verso il figlio e/o inviare un messaggio nefasto di incompetenza genitoriale e di solitudine del figlio, che non può contare sull'intervento riparativo delle persone più care.

Quando invece la domanda di presa in carico fatta dai genitori ha luogo senza che sia già in campo un intervento terapeutico individuale sul paziente, il nostro modello diventa più agevole, perché la collaborazione è interna all'équipe del Centro, e non va costruita con colleghi per lo più sconosciuti, magari residenti lontano e quindi accessibili solo per telefono: ciò non ostante, cooperare con psicoterapeuti individuali può risultare relativamente semplice e soddisfacente e decidere quale materiale lasciar filtrare tra un setting e l'altro di solito immediatamente intuitivo.



In collaborazione con



Scuola di Psicoterapia
Mara Selvini Palazzoli

Vediamo un caso in cui i ruoli di terapeuta individuale e familiare sono stati ripartiti tra noi.

Paola ha 17 anni quando i genitori ci consultano. E' bulimica, per lo più senza condotte di eliminazione e perciò in sovrappeso. Ad intervalli cerca per alcuni giorni di digiunare. Figlia di genitori separati da anni, è la secondogenita di tre. Con il padre e con la seconda moglie di lui ha sostanzialmente rotto i rapporti, a differenza del fratello maggiore e della sorellina. La presa in carico familiare si è articolata in diversi formati, anche con ciascun genitore individualmente. Le sedute individuali hanno risposto alla necessità della ragazza di affermare il proprio valore e di attivare una costruttiva capacità di uscire dal vittimismo, mettendo in discussione un suo tratto iper-drammatizzante. Concluso positivamente il trattamento, anni più tardi Paola ha richiesto qualche colloquio al suo terapeuta individuale per problemi insorti nelle relazioni sentimentali.

La presa in carico individuale al termine di un percorso familiare è un'evenienza tutt'altro che infrequente.

La famiglia X consulta per l'anoressia restrittiva della secondogenita, 16enne. I genitori sono separati. Il padre, che soffre di un grave disturbo ossessivo, è in analisi da 15 anni, la madre, con una depressione strisciante, è a sua volta in terapia individuale da tempo. Il primogenito 19enne, Carlo, è stato portato a più riprese da psicologi e neuropsichiatri infantili fin dai primi anni di vita, senza particolare esito: è senz'altro più sofferente della sorella. Finalmente ci si è occupati della ragazzina, che ha sempre cercato di rendersi invisibile per non pesare sulla madre, sovraccaricata dal marito gravemente sofferente e dal figlio problematico. Tre anni dopo la conclusione positiva della terapia familiare, è Carlo – che aveva trovato un certo benessere e un adattamento universitario e sociale - a richiedere un aiuto individuale per dei sintomi di derealizzazione ed attacchi di panico: ciascun genitore è disponibile a collaborare se necessario.

Come detto in premessa, la collaborazione va costruita: mi occuperò qui solo della situazione potenzialmente più insidiosa per un terapeuta inesperto, cioè *la riluttanza del giovane paziente a coinvolgere i familiari*. La situazione più frequente, quella di un genitore che resiste al coinvolgimento (tipicamente il padre) è talmente spesso oggetto della nostra attenzione che i giovani terapeuti hanno imparato che è necessario mettere in atto tutte le tecniche per assicurarsene la presenza, e non il puro consenso. E' invece più facile cadere nella trappola della seduzione che l'adolescente esercita su di noi, quando ci dichiara che è sì disponibile ad aprirsi con noi, che lo capiamo tanto bene,



In collaborazione con



Scuola di Psicoterapia

Mara Selvini Palazzoli

ma a patto di lasciar fuori i suoi genitori con cui ha ormai perso le speranze di ricostruire un rapporto. Questa dichiarazione, che solletica il nostro narcisismo, non può non crollare alla prova dei fatti: l'adolescente finirà per sottrarsi, per sparire, per deluderci, per usarci contro i suoi, per ritrovarsi sempre più solo tra i cocci di una famiglia che noi avremo contribuito a far finire in pezzi.

Elisa, 16 anni, ha da poco interrotto un trattamento individuale con una psichiatra che suggeriva un intervento anche farmacologico, rifiutato dai genitori. La ragazza, secondogenita di tre, presenta importanti sintomi depressivi, con momenti in cui non si alza dal letto, un certo disordine alimentare e una spiccata chiusura verso tutti i familiari. Nel colloquio preliminare i genitori accennano a un episodio passato di molestie sessuali subito per la strada da un gruppo di ragazzi. La ragazza non riesce a fornire alcun particolare, cadendo in una sorta di trance quando il padre, oltre a questo trauma, minimizza anche il suo disturbo alimentare. Chiede di poter proseguire i colloqui da sola. Il terapeuta la aiuterà con pazienza dopo qualche tempo ad includere la madre in un colloquio, poi di accettare una consultazione con i due genitori alla presenza anche del collega, poi anche una seduta con l'intero nucleo gestita direttamente dal collega, mentre lui prosegue le sedute individuali. I genitori hanno una situazione di coppia confusa: recentemente separatisi, hanno seguito una terapia di coppia riprendendo brevemente la convivenza e poi interrompendola di nuovo. La madre è in terapia individuale da lungo tempo presso la collega che è l'inviante a noi. La figlia maggiore è in trattamento fin dalla prima infanzia. Sono state effettuate dopo la prima alcune sedute familiari con i genitori e le due figlie, escludendo il fratellino. I risultati sono buoni e l'investimento di Elisa nei colloqui individuali è venuto meno.

In alcuni casi, già nei colloqui preliminari si verifica l'inopportunità di offrire uno spazio individuale al/la paziente, sia perché demotivato sia in considerazione della giovane età.

Chiara, 12 anni, ha un esordio anoressico. La presa in carico individuale l'ha disorientata e irritata: allorché i genitori accettano di interromperla per intraprendere un percorso familiare, ha una rapida ripresa di benessere. Già dopo la prima seduta di consultazione con il nucleo (c'è una figlia maggiore) emerge lo stato di allarme delle ragazze rispetto a un evidente (ma a parole negato) disagio coniugale, che suggerisce anzitutto una consultazione individuale con ciascuno dei genitori. L'intervento è in corso.



In collaborazione con



Scuola di Psicoterapia
Mara Selvini Palazzoli

Come si vede l'articolazione può essere flessibile e complessa, non però caotica né casuale, ma orientata da un pensiero il più possibile semplice sul significato del sintomo sui due versanti, familiare e individuale.