

LA TERAPIA INDIVIDUALE SISTEMICA CON IL COINVOLGIMENTO DEI FAMILIARI SIGNIFICATIVI¹

Alfredo Canevaro, Matteo Selvini, Francesca Lifranchi, Laura Peveri²

Psicobiettivo 2008

Premessa

L'obiettivo di questo articolo è quello di argomentare ed illustrare l'importanza del coinvolgimento della famiglia di origine nella psicoterapia individuale di un paziente competente e richiedente, storicamente classificato nell'area nevrotica o del disagio esistenziale: si tratterà assai spesso di giovani adulti, ma il modello è particolarmente adatto anche per persone di età più avanzata. In tal caso il ruolo dei genitori può essere vicariato dai fratelli o assunto da partner e figli (Framo 1992).

Nel campo della terapia familiare italiana, dopo la fase del purismo degli anni Settanta, già negli anni Ottanta si è cominciato a parlare di "riscoperta dell'individuo" (i numeri speciali della rivista *Terapia Familiare* del 1985 e del 1989) e di terapia individuale sistemica. Si vedano Loriedo, Angiolari e De Francisci (1989) e Boscolo e Bertrando

ALFREDO CANEVARO: psichiatra, psicoterapeuta, docente della Scuola di psicoterapia della famiglia "Mara Selvini Palazzoli".

MATTEO SELVINI: co-responsabile della Scuola di psicoterapia della famiglia "Mara Selvini Palazzoli".

FRANCESCA LIFRANCHI e LAURA PEVERI: psicologhe tirocinanti e associate alla ricerca presso il "Nuovo Centro per lo studio della famiglia".

(1996). Ultimamente il dibattito sulla rivista *Terapia Familiare* è stato ripreso da Viaro (2004 e 2005) e altri autori: quello che colpisce in queste proposte, ormai ventennali, è che nessun autore sistemico parla mai delle convocazione abituale e sistematica dei familiari significativi (da noi denominati "allargamenti"). Questa pratica, pur già teorizzata e sperimentata da un padre fondatore quale Framo (1992) è stata "rimessa in vita" dai responsabili e docenti della Scuola di Psicoterapia della Famiglia "Mara

¹ Articolo pubblicato su *Psicobiettivo*, gennaio/aprile 2008, anno XXVIII, numero 1, pp. 143-166.

² Vogliamo ringraziare Emanuela Pasin per l'aiuto che ci ha dato nella valutazione dei dati della ricerca e Stefano Cirillo per i suoi preziosi consigli nell'elaborazione finale dell'articolo

Selvini Palazzoli" all'inizio degli anni 2000, per l'influenza della collaborazione con Alfredo Canevaro (Sorrentino 2004) divenuto il terapeuta individuale di molti allievi della scuola.

D'altra parte le proposte di allargamento durante psicoterapie individuali stanno diventando non inusuali per varie scuole della psicoterapia, si veda ad esempio De Bernart (2005, p. 111), Loriedo (2005, p. 106) o Yalom (1989).

Una ricerca preliminare

Per poter ragionare anche su dati quantitativi abbiamo chiesto la collaborazione degli stessi pazienti. La ricerca è stata condotta su un campione di 82 persone, che hanno effettuato una terapia individuale con Alfredo Canevaro nel periodo 2002-2006. Studiare le terapie di un solo terapeuta consentiva di studiare una popolazione omogenea, la partecipazione del secondo autore come giudice (senza che fosse stato coinvolto nelle terapie) garantiva una migliore obiettività della valutazione

Al termine della terapia è stato inviato loro un questionario composto da una domanda aperta sulla valutazione complessiva della terapia e da alcune domande aperte che andavano principalmente ad indagare le eventuali difficoltà del paziente ad accettare gli allargamenti, la valutazione che faceva di questi ultimi e se la terapia aveva avuto delle ricadute sulla sua professione.

Di questi 82 soggetti 66, ossia ben l'80,5% del campione ha risposto al questionario.

Descrizione del campione

L'età media del campione è di circa 32 anni, anche se nella maggioranza dei casi il disagio ha avuto esordio prima di questa età. Si tratta quindi di pazienti adulti, appartenenti a famiglie normocostituite (80,3%), di status medio, (90,9%), che nel 51,5% dei casi svolgono una professione di aiuto (psicologi e psicoterapeuti) e che hanno richiesto una consultazione per problematiche relazionali di area nevrotica (80,3%), meno sono i casi borderline (15,2%) e sono presenti solo 3 casi con sintomi psicotici (4,5%). Il 68,2% del campione ha un buon funzionamento socio-affettivo e il 31,8% aveva già tentato una terapia precedente.

Descrizione della terapia

La durata delle terapie è stata nel 51% dei casi breve con un numero di sedute che oscillava, nel 61% dei casi, tra le undici e le trenta (minimo tre sedute, massimo novantatre).

Nella maggior parte dei casi (60,6%), i pazienti non facevano uso di psicofarmaci e tra paziente e terapeuta (secondo la valutazione del terapeuta) si è creata una relazione collaborativa (solo in otto casi la relazione è stata caratterizzata da oscillazioni e ambivalenze). In genere la prima seduta con l'allargamento è avvenuta al quarto

(22,7%) o al quinto (18,2%) incontro, proprio perché come diremo più avanti, è importante valorizzare le capacità di cambiamento del paziente e creare con lui una buona alleanza terapeutica. Il numero di sedute allargate nella maggior parte dei casi è stato di quattro (o meno) e solo in un caso particolare l'allargamento è avvenuto in quattordici sedute.

In 23 casi, l'allargamento ha coinvolto i genitori e il partner, altri allargamenti hanno coinvolto solo i genitori (13 casi) i genitori e i fratelli (10 casi), oppure i genitori, i fratelli e il partner (7 casi); i rimanenti 13 casi, hanno invece esteso la partecipazione alla seduta anche ad altre persone significative per il paziente, come ad esempio la nonna.

Valutazione complessiva della terapia e degli allargamenti da parte del paziente

La valutazione complessiva data dai soggetti all'utilità della terapia è stata per la maggior parte (89,4%) positiva o molto positiva e solo 7 si sono dichiarati scontenti. Interessante notare che a dare una valutazione maggiormente negativa della terapia sono i pazienti che hanno fatto una terapia lunga (6 su 31 hanno giudicato la terapia negativa) rispetto a coloro che hanno fatto una terapia breve (1 su 33 ha valutato la terapia in modo negativo).

La maggior parte dei partecipanti dichiara di non avere avuto problemi ad accettare l'allargamento, anche se vi sono 25 pazienti che hanno manifestato delle difficoltà a coinvolgere i propri familiari. Interessante notare che sono stati i pazienti che svolgono una professione di aiuto (psicologi e psicoterapeuti) ad aver manifestato maggiori difficoltà ad accettare gli allargamenti (16 su 33 hanno affermato di aver avuto difficoltà ad accettare l'allargamento) rispetto ai pazienti che svolgono altre professioni (7 su 31).

Nell'83,3% dei casi hanno dato una valutazione positiva dell'allargamento considerandola un'esperienza emotivamente forte (45%) che ha consentito loro sia di sperimentare un sentimento di vicinanza e di appartenenza nei confronti di familiari che fino a quel momento sentivano distanti, sia di provare un sentimento personale positivo, ossia maggior fiducia in se stessi, un maggior benessere, ecc.

Il 45,5 della parte di campione che svolge una professione di aiuto (psicologi e psicoterapeuti) ha inoltre dichiarato di avere avuto delle ricadute positive sulla propria professione. Si è infatti sentito più determinato nel richiedere ai propri pazienti di procedere ad allargamenti e maggiormente capace di comprensione dei vantaggi e delle difficoltà di tale esperienza.

I dieci soggetti che hanno valutato negativamente l'allargamento hanno dichiarato invece di averlo trovato inutile (5 casi) o di averlo vissuto come un'imposizione voluta dal terapeuta (2 casi). Importante rilevare che solo in 3 casi la valutazione negativa è stata dovuta ad una reazione negativa da parte dei familiari.

Analizzeremo più dettagliatamente in altra sede questi dati: qui però abbiamo voluto sinteticamente anticiparne alcuni per dare una misura del forte sentimento di praticabilità e di successo che stiamo sperimentando con questo modello terapeutico.

La filosofia di fondo del nostro modello terapeutico

Giustamente in tutti i modelli della psicoterapia individuale il terapeuta cerca di valorizzare le capacità del paziente di credere in se stesso e di ricercare la propria identità in modo libero e spontaneo. Questo nostro modello è parzialmente diverso perché cerca di far sì che siano anche i genitori (o gli altri familiari) a dare un fondamentale messaggio di accettazione e conferma: "ti accetto per come sei". Questo processo non può avvenire sul piano cognitivo ma solo attraverso un intenso incontro emotivo. Ne è un esempio paradigmatico l'esperienza della zaino (si veda più avanti).

Molto spesso le coppie figlio-singolo genitore sono catturate in un gioco senza fine in cui ciascuno vive per far cambiare l'altro, cercando proprio di "dargli l'esempio" su come dovrebbe vivere: un caso tipico è quello dell'escalation o stallo complementare tra una madre doveristica e bigotta ed una figlia trasgressiva ed edonista. L'esperienza di un forte incontro emotivo, di una vera accettazione reciproca, rende entrambe più libere di capire come davvero vogliono essere e vivere, abbandonando la compulsione verso bigottismo o trasgressione.

La filosofia di fondo di questo nostro modello di terapia individuale è quella di cambiare la relazione valorizzando un sentimento di appartenenza alla famiglia: un cambiamento che avviene dentro la famiglia, attraverso il riavvicinamento emotivo e non attraverso il distanziamento fisico e psicologico. L'ulteriore crescita e differenziazione del paziente avverrà **spontaneamente** grazie al bisogno che ogni essere umano ha di esplorare il mondo e tracciare il proprio progetto esistenziale. Lo sforzo del terapeuta sarà quello di aiutarli a eliminare gli ostacoli che invischiano la relazione e impediscono la relazione da **persona a persona** (e non da ruolo a ruolo).

La centralità del paziente come protagonista del cambiamento

Il primo obiettivo delle prime sedute con il solo paziente è quello di verificare le risorse del paziente, per essere ragionevolmente certi che possa essere protagonista di un cambiamento di se stesso.

Perché pensiamo che con la tipologia di pazienti di cui qui ci occupiamo non è indicato o efficace convocare da subito familiari significativi? Non per i vecchi miti del tipo che nella fase di svincolo dalla famiglia di origine dobbiamo aiutarlo a distaccarsi fisicamente o emotivamente da loro o perché non accetta la presenza dei familiari (Boscolo-Bertrando 1996). La motivazione fondamentale è quella che la richiesta di una psicoterapia per se stessi è solitamente (nei casi più favorevoli della cosiddetta

autentica motivazione) l'esito di un lungo percorso di sofferenza, e di riflessione su quella sofferenza. Ci saranno stati tentativi di uscirne attraverso cambiamenti di vita, uso di farmaci, separazioni, viaggi, nuove passioni, cambi di lavoro e così via. Ad un certo punto la persona sente di non farcela da sola: ha bisogno di aiuto e intuisce una sua propria importante responsabilità nel contribuire al permanere del malessere. Nello stesso tempo è capace di reagire al pessimismo, al disfattismo: è nata in lui una speranza. Sono tre passi fondamentali: arrivare a chiedere aiuto, accettare di essere responsabili della propria vita, far crescere dentro di sé una speranza, che spesso hanno richiesto un lunghissimo percorso per vincere la negazione del problema, l'onnipotenza di voler farcela da soli, il vittimismo di attribuire ad "altro da sé" la responsabilità del disagio, per uscire dal senso di impotenza (i quattro stadi che precedono l'accesso ad una psicoterapia, Selvini 2007).

In tutti i casi in cui una richiesta di psicoterapia individuale è il frutto di questo fondamentale percorso (che a volte è in sé un importante fattore di miglioramento prima ancora che la terapia abbia inizio) sarebbe davvero sbagliato umiliare simili progressi con un'immediata convocazione allargata che implicitamente comunica una svalutazione di quel percorso, rischiando di dare potenti impliciti errati messaggi del tipo "non basta l'aiuto del terapeuta, se i tuoi familiari non cambiano non ti tirerai mai fuori dai guai". Il paziente può aver fatto un passo importante contro la sua onnipotenza e il suo disfattismo (un movimento integrativo rispetto a tale classica polarizzazione) e la convocazione allargata immediata rischia di spingerlo di nuovo verso una polarizzazione patogena drammatica: vuoi verso il vittimismo (è tutto colpa loro) vuoi verso l'impotenza (non cambieranno mai, non ce la farò mai).

Le prime quattro, cinque sedute con un paziente richiedente servono proprio a verificare e consolidare quel percorso che ha portato il paziente in terapia individuale: è capace davvero di accettare, pensare ed elaborare le sue responsabilità (Yalom 1989) nel malessere? La sua speranza di cambiamento può essere sostenuta e valorizzata? Il paziente può godere della condivisione, si sente meglio nel non essere più solo a cercare risposte e soluzioni? Se le risposte a queste tre domande sono positive, ecco che una buona alleanza terapeutica è possibile e questo ci darà una buona prognosi di fondo per il successo di quella terapia individuale.

Tuttavia, le ormai lunghissime storiche esperienze di psicoterapie individuali sistemiche, psicoanalitiche, cognitive, ecc., basate su questi ottimi punti di partenza, ci dimostrano che il rischio di fallimento resta comunque elevato, e i tempi delle terapie purtroppo troppo lunghi per le reali possibilità di molti pazienti.

Brevità ed efficacia sono dimensioni tra loro fortemente connesse: un progetto troppo lungo è spesso impraticabile, quindi l'efficacia potenziale viene perduta.

Storicamente la psicoanalisi ha puntato tutti i fattori terapeutici sulla relazione tra analista e paziente, sostenendo che l'analista non dovesse avere alcun contatto con i familiari del paziente, perché questo avrebbe inquinato o distorto la relazione transferale. Questa tecnica si è dimostrata abitualmente impraticabile con i pazienti più gravi, ed ha costretto ad allungare enormemente il tempo della terapia e il numero delle sedute settimanali. La nostra esperienza dimostra che, al contrario, il coinvolgimento dei familiari di un paziente richiedente, se fatto nel modo e nel momento giusto, può abbreviare la lunghezza della terapia e migliorare l'efficacia.

Le ragioni fondamentali degli allargamenti

Attraverso gli allargamenti l'efficacia delle terapie migliora per due motivi fondamentali. Nella terapia individuale senza allargamenti il terapeuta può avere bisogno di tempi molto lunghi perché il paziente viva nel rapporto con lui i diversi aspetti della sua personalità; contemporaneamente il terapeuta non può non credere alla descrizione dei familiari che il paziente gli porta (Kohut 1979). Il terapeuta sarà così inevitabilmente "contagiato" dalle distorsioni della realtà del paziente (Selvini 1993) e gli servirà anche qui un intenso lavoro sul suo proprio controtransfert per poter far capire al paziente le sue responsabilità nell'indurre negli altri atteggiamenti negativi nei suoi confronti.

La convocazione dei familiari significativi, fatta sulla base di una buona alleanza terapeutica, combatte con grande efficacia questo fattore di allungamento e distorsione delle psicoterapie individuali basate su una sorta di "autismo a due". La paziente che nelle sedute individuali mostra solo i suoi tratti di depressione, fragilità, incapacità, sudditanza ai familiari, vista con loro tira fuori una faccia ben diversa della sua personalità, magari aggredendoli per futili motivi, divenendo prepotente, cercando di dominarli con assurde pretese.

Una simile seduta apre al terapeuta individuale un nuovo e fondamentale campo di lavoro.

L'altra essenziale potenzialità dell'allargamento è quella di confrontare la descrizione dei familiari data dal paziente con l'osservazione diretta del terapeuta (ed eventualmente della sua équipe). Ad esempio, quel padre che ci era stato descritto come un paziente psicotico cronico aggressivo e maltrattante, lo vediamo come un anziano malato, confuso, impotente e depresso. Cosa può spiegare allora che la nostra paziente abbia ancora dentro di sé una simile rabbia esplosiva contro di lui? Questo suo sentimento non trova alcun fondamento nel comportamento presente di quel poveretto pieno di farmaci. Cosa impedisce alla sua rabbia di placarsi? Cosa paralizza un fisiologico movimento empatico verso un padre così malridotto? Una simile confrontazione apre nuovi territori alla terapia individuale, territori che sarebbero stati

inaccessibili se, per anni, avessimo continuato a pensare con lei e come lei, all'attuale necessità di difendersi da un pazzo pericoloso, senza ipotizzare che la rabbia nasconda l'anelito ad un incontro emotivo positivo.

Ma perché la classica tecnica psicoanalitica, cioè la fobia delle sedute congiunte, avrà avuto tanto successo e continua ad averlo?

Perché le convocazioni allargate richiedono una mirata direttività della conduzione cui la maggior parte degli psicoterapeuti individuali non sono per niente addestrati. La seduta allargata non può essere basata sull'ascolto, almeno nella stragrande maggioranza dei casi.

Per definizione il terapeuta familiare sa che non può permettere che la famiglia interagisca in seduta così come funziona attualmente e abitualmente. Questo problema si pone di meno e in modo diverso nel setting individuale. I setting individuali, nei loro diversi modelli, sono proprio strutturati per essere "in se stessi" un'esperienza emotiva e cognitiva nuova.

Ma nel setting allargato le cose cambiano, le stesse tecniche non possono funzionare: dobbiamo tutelare il nostro paziente dal rischio di essere aggredito, squalificato, umiliato, ignorato, ma insieme dobbiamo tutelare anche i familiari che abbiamo invitato rispetto ai medesimi rischi. Per definizione la seduta non può essere una brutta e inutile esperienza, la ripetizione di vecchie dolorose dinamiche. Dev'essere un'esperienza nuova e questo costringe il terapeuta ad una conduzione direttiva che gli consenta di controllare e programmare l'esperienza di quella seduta.

Nella terapia familiare la posizione del terapeuta dev'essere quella della "parzialità multilaterale" (B-Nagy) cioè dev'essere "alleato di tutti e complice di nessuno", invece con questo modello la centralità del paziente e l'alleanza con lui dev'essere salda e fuori da discussione. I familiari vengono ad aiutarlo e se in futuro uno di loro richiedesse una nuova seduta per sé, il terapeuta potrà darla solo con la presenza del suo paziente come "coterapeuta", cioè dovrà aiutarlo ad aiutare il suo congiunto sofferente, dando affetto e comprensione, da **figlio adulto** a padre o madre, e non più come paziente. In questo modo s'impedisce una eventuale manipolazione del familiare che potrebbe chiedere una seduta da solo per parlare di cose oscure o misconosciute dal nostro paziente. Nel caso fosse necessaria una psicoterapia per un familiare, il terapeuta dovrà indirizzarlo a un altro collega e **mai** farla personalmente, perché questo potrebbe essere vissuto dal paziente come un tradimento.

Combattere il rischio di una separazione forzata e distruttiva dalla famiglia d'origine

Un mito, molto diffuso tra terapeuti individuali di ogni orientamento, sostiene la necessità di allontanarsi fisicamente ed emotivamente da una famiglia disfunzionale

per poter differenziarsi. È il cosiddetto "taglio emotivo" o cut-off descritto da Bowen (1978) nei suoi storici scritti. Molti terapeuti individuali, incapaci di padroneggiare la complessità del percorso terapeutico, sottovalutando gravemente l'importanza del sentimento di positiva appartenenza alla propria famiglia, iper-identificandosi acriticamente con la parte "anti-famiglia" del loro paziente, mettono in atto una strategia terapeutica che vorrebbe essere rivolta a sostenere le sue capacità assertive, ma che in realtà scade in una piatta istigazione contro familiari e partner. Soprattutto con pazienti di area border, caratterizzati dalla discontinuità o disorganizzazione tra aspetti idealizzanti e demonizzanti verso i familiari, una simile strategia è iatrogena perché non favorisce affatto processi integrativi riequilibrativi, al contrario sbilancia e polarizza verso la negatività demonizzante. In questi casi incontrare direttamente i familiari è la migliore delle supervisioni! (Selvini 2004, p. 236). I terapeuti che ascoltano i lamenti dei loro pazienti senza prendere in considerazione la loro *ambivalenza* sono come coloro (amici o parenti) che ascoltano i membri di una coppia in crisi separatamente, senza vederli in interazione. Tutti alla fine diranno: se il tuo partner è così inaffidabile, disattento, ti maltratta e non ti vuole bene, separati! Sarà la cosa migliore per te! Vedendoli in interazione capiranno che *la relazione* è quello che conta, circolarmente, nella spiegazione delle loro sofferenze (e piaceri) e che mai una lettura individuale potrà spiegare la complessità del loro legame.

L'essere umano adulto si dibatte permanentemente in un asse che oscilla tra due grandi bisogni, il *bisogno di appartenenza* a un sistema familiare che ci ha dato la vita e il nome e con cui abbiamo accumulato migliaia e migliaia d'interazioni e il *bisogno di differenziazione*, spinta spontanea che ci porta a esplorare il mondo e disegnare un progetto esistenziale autonomo per inserirci creativamente nella cultura circostante ed eventualmente riciclarci con la nostra discendenza in un meccanismo transgenerazionale di sopravvivenza dei valori positivi ereditati.

Portare dentro di noi l'odio per un genitore con cui non abbiamo potuto chiarire la nostra relazione, farà sì che odieremo per sempre una parte di noi stessi o peggio ancora vedremo dei nemici dappertutto, o nei nostri partner o figli, in un illusorio tentativo di sollevarci da questa sofferenza: ci lega più il rancore dell'amore!

Mentre i genitori sono in vita, e *non importa a quale età*, un incontro terapeutico che possa affrontare i nodi irrisolti e possa eventualmente scioglierli, può cambiare una vita. Abbiamo visto delle situazioni trascinate per anni senza risoluzione, che tramite un adeguato chiarimento e, quando possibile, ascoltando la richiesta sincera di perdono di un genitore anziano, che riconosce i suoi torti, possono cambiare completamente i vissuti di un paziente.

Il problema delle indicazioni per questo tipo di intervento

I tre criteri di cui abbiamo parlato: responsabilità, richiesta, speranza sono quindi alla base della valutazione sulle indicazioni per questo tipo di trattamento che mira ad essere breve: dalle venti alle quaranta sedute nell'arco di circa due anni. Come sottolineato da Sorrentino (2004) l'indicazione di fondo riguarda quindi pazienti capaci di raccontarsi (buona competenza autobiografica), adulti con un'autonomia esistenziale, adolescenti richiedenti con genitori invianti e consenzienti. Negli altri casi (bambini, adolescenti riluttanti o ambivalenti, adulti con patologie importanti) l'indicazione resta quella della terapia familiare.

Canevaro in un suo precedente lavoro, ci ha fornito un identikit dei pazienti con cui ha sperimentato con successo questo modello d'intervento.

- 1) Adulti autonomi, di solito tra 30 e 40 anni, senza gravi patologie psichiche e in grado di badare a se stessi, ma che lamentano reiterati fallimenti sentimentali, visti come incapacità personale nel portare avanti un impegno affettivo importante.
- 2) Giovani adulti in fase di svincolo, senza sintomatologia vistosa, ma con un atteggiamento fobico verso il coinvolgimento della famiglia poiché pensano di farcela da soli.
- 3) Giovani adulti con un regolare funzionamento autonomo, che lavorano e vivono da soli con sintomi come bulimia, attacchi di panico, anoressia, depressioni o sintomatologia ossessiva, che non vogliono coinvolgere le loro famiglie di origine per paura di rimanervi invischiati.
- 4) Situazioni in cui l'esistenza di segreti ritenuti impossibili da chiarire (abuso sessuale o fisico in cui siano coinvolti familiari, infedeltà matrimoniale, scelte sessuali alternative, ...) sono di ostacolo al coinvolgimento della famiglia e richiedono quando è possibile una lunga preparazione del paziente per sostenere eventualmente il dialogo con i componenti del sistema affettivo relazionale per lui/lei significativo e giungere a una migliore elaborazione.

Una buona presa in carico individuale può essere utile e fondamentale anche con pazienti molto più gravi, ad esempio, privi di risorse familiari e vittime di comportamenti delittuosi (abusi sessuali, maltrattamenti) o con gravi disturbi della personalità e sintomi psicotici. Tuttavia in questi casi la filosofia terapeutica sarà totalmente diversa perché la psicoterapia centrata sul paziente non sarà, come nel modello qui presentato, l'unico intervento, quanto invece parte di una rete integrata multidisciplinare di interventi sulla persona, sulla famiglia e sull'ambiente di vita.

Conduzione delle prime sedute

Nelle prime sedute il terapeuta costruisce l'alleanza terapeutica con una serie di tecniche sulle quali non possiamo qui soffermarci: descrizione del problema, storia

della vita personale del paziente, prime spiegazioni sul funzionamento personale e difensivo, contratto di una consultazione che coinvolgerà familiari significativi, raccolta graduale della storia trigerazionale della famiglia (genogramma), ipotizzazione sul significato relazionale del sintomo, eventuali prescrizioni psicopedagogiche di contenimento del sintomo e di sperimentazione di modalità comportamentali alternative, sino alla negoziazione della convocazione dei familiari.

La riflessione con il paziente su chi convochiamo

Dobbiamo discutere con il paziente gli obiettivi globali dell'allargamento che abbiamo passato in rassegna nelle pagine precedenti:

1. avere più elementi per capire chi è e come funziona nelle sue relazioni più importanti;
2. avere più dati per capire chi sono i suoi familiari e come funzionano nella relazione con lui;
3. cercare di capire dove sta la distorsione di qualche aspetto della percezione di se stesso;
4. cercare di capire dove sta la distorsione della sua percezione di qualche aspetto dei suoi familiari.

A tutto ciò si possono aggiungere degli obiettivi più specifici, che solitamente hanno a che fare con un problema di distanza emotiva e mancanza di senso di appartenenza: la seduta congiunta è particolarmente utile per quelle persone importanti che sentiamo lontane, rispetto alle quali c'è pochissima comunicazione. Spesso possono essere dei fratelli o anche uno dei due genitori, solitamente il padre.

Un altro problema specifico può essere quello che i familiari non conoscono aspetti importanti della vita del paziente: ad esempio non sanno della gravità dei suoi sintomi e della sua sofferenza. In questo caso può essere più utile una seduta allargata che coinvolge tutti nella condivisione della nuova dolorosa informazione.

Fa parte della valorizzazione del ruolo attivo del paziente negoziare con lui chi e quando convocare: ad esempio il padre da solo se la madre storicamente ha reso sempre al figlio difficile avvicinarlo e se il padre stesso si è spesso sottratto. Nel caso in cui il paziente resti paralizzato dal dubbio è fondamentale che il terapeuta sia capace di assumersi il rischio della scelta.

Un figlio può essere stato troppo rigidamente collocato in un ruolo protettivo verso uno o entrambi i genitori: così ha dovuto cavarsela da solo e non se l'è sentita nemmeno di protestare per quei loro comportamenti che l'hanno fatto soffrire. Ad esempio, una seduta allargata potrebbe essere usata perché una donna adulta possa finalmente dire

al padre la sua sofferenza per il drastico, irrispettoso rifiuto del suo primo fidanzato. Un comportamento che fa male ancora oggi, perché resta vero che quel padre continua a dare per scontato che sua figlia si comporterà secondo gli schemi che lui le ha attribuito. In molti casi il tema della eccessiva distanza emotiva tra il paziente e i suoi familiari significativi si collega ad una inversione dei ruoli, attiva o passiva. Il paziente non ha mai condiviso i suoi sentimenti più turbati per non appesantire o sconvolgere i familiari. In questi casi la convocazione in se stessa è molto difficile da accettare per il paziente perché viene a spezzare le antiche regole: il figlio per la prima volta chiede per sé invece di dare aiuto, per la prima volta solleva questioni scabrose e sgradevoli. La seduta deve essere allora ben preparata, per evitare che anche in quella sede il paziente si ammutolisca e l'incontro si riduca ad una cerimonia inutile e formale. In realtà questo rischio non è molto frequente perché il fatto stesso della convocazione per una terapia convoglia un potente ed innovativo messaggio emotivo.

La convocazione allargata in formati diversi appare così sicuramente indicata per quei tipi di personalità dove le varie forme di inversione dei ruoli e distacco sono particolarmente presenti e radicate: simbiotico/dipendenti (inversione dei ruoli passiva), evitanti (mancanza di senso di appartenenza), parentificazione (inversione dei ruoli attiva), ossessivi (protezione dei genitori attraverso l'obbedienza ed il successo).

La discussione delle resistenze dei pazienti verso gli allargamenti

La convocazione è sempre piena di dubbi e di ansie. "Crolleranno i miei familiari se espongo veramente cosa penso?", "a papà che ha già avuto un infarto gli prenderà un colpo in seduta?" Si potrebbe rispondere: "Se ha avuto un infarto è perché non ha mai potuto liberare il suo cuore da angosce. Lasciatelo parlare liberamente. In 30 anni che faccio questi incontri (Canevaro) non c'è stato mai (per adesso) un evento di questo tipo. Di solito i pazienti mi dicono: "mio padre è molto più sciolto e comunicativo. L'incontro gli ha fatto bene!". "E se dopo l'incontro la famiglia si frammenta?". "Come faranno con tutte le ansie e angosce che si sveglieranno?". Risposta: "i sistemi familiari sono organizzazioni molto forti che si ricompongono facilmente dopo uno scossone. Siamo noi, individui, pazienti o terapeuti, molto più fragili, ma da questa debolezza può nascere la forza di scuotere per sollecitare e favorire un cambiamento".

Nel paragrafo precedente abbiamo già toccato alcuni dei temi più frequenti: ribaltare una storia d'inversione dei ruoli con una esplicita richiesta di aiuto, dare voce a sentimenti da sempre repressi, combattere la distanza, il formalismo, per una vera condivisione, intimità, vicinanza.

Tali obiettivi possono poi essere specificatamente mirati rispetto a singole persone. Ad esempio un fratello o sorella iperesponsabilizzato/a è spesso seguito da un altro polarizzato nell'opposta direzione verso una posizione esistenziale più egocentrica,

edonistica, trasgressiva. La seduta allargata può allora essere finalizzata alla riflessione sui vantaggi e gli svantaggi di tale polarizzazione, per poterla contrastare, magari attraverso una più equa suddivisione del sostegno ai genitori che stanno invecchiando. Come abbiamo visto, in altri casi un figlio può essere stato "proprietà privata" della madre, per cui rimettere in gioco il padre è allora l'obiettivo dell'allargamento.

L'allargamento sarà fatto solo quando il paziente sarà almeno parzialmente convinto della sua utilità. Alcuni pazienti possono trovare l'allargamento impossibile ed inaccettabile. Può essere il caso di pazienti con importanti tratti schizoidi o paranoidei i quali, già estremamente in difficoltà rispetto alle possibilità di stabilizzare una fiducia di base nel terapeuta, vivranno l'allargamento come destinato a rivoltarsi contro di loro: sono terrorizzati che il terapeuta passerà dalla parte dei familiari.

L'allargamento dovrà essere ben meditato e preparato anche con pazienti con importanti discontinuità della personalità (area borderline) dove è forte il rischio di movimenti impulsivi ed aggressivi, sia dei familiari verso il paziente, che del paziente verso i familiari. In questi casi l'allargamento verrà cominciato con quei familiari vissuti come più alleati, non certo con quelli storicamente considerati nemici (vedi tutto il dibattito sulle controindicazioni alle sedute familiari, Selvini 2004 pp. 228-229 e Cuccuru 2006).

Una frequente perplessità, sempre nell'area già citata della parentificazione/inversione dei ruoli, la s'incontra con figli laureati/culturalizzati di genitori con cultura elementare. Il figlio può temere l'umiliazione del genitore, per cui il terapeuta deve ben spiegare che condurrà la seduta per aiutare il genitore a valorizzare al massimo il suo contributo affettivo ed emotivo, lasciando da parte ogni sofisticazione intellettuale.

La scelta della prima convocazione e delle successive

Abbiamo già anticipato diverse risposte a questo quesito. In sintesi si può dire che soprattutto nelle situazioni di intensa triangolazione e conflittualità (genitori separati e/o in conflitto, aspre rivalità con i fratelli) si procederà con un invito alla volta, iniziando dal familiare meno conflittuale. Oppure cominceremo con i fratelli per sviluppare una rete di alleanza destinata ad aiutare i genitori in difficoltà.

Come abbiamo già detto, in altri casi si privilegerà il familiare con il quale si ritiene più utile l'accorciamento della distanza emotiva.

La convocazione allargata a tutta la famiglia può essere utilizzata per affermarne l'esistenza in tutte quelle situazioni in cui tale identità collettiva (coesione e senso di appartenenza) sia piuttosto labile.

Un altro criterio può essere quello di invitare familiari che potrebbero essere in possesso di interessanti informazioni non condivise.

Con pazienti caratterizzati da spiccati tratti di protettività e accondiscendenza (area dipendente-simbiotica, vedi Selvini 2007) è presente il rischio che, in fase avanzata della terapia, tengano nascosto al terapeuta il perdurare di importanti difficoltà, perché non vogliono procurargli una delusione. In questo caso un allargamento a familiari o partner rappresenta una verifica molto importante dell'effettiva efficacia dell'intervento e può consentire la svolta di un trattamento andato in stallo dopo una iniziale fase di eccellenti progressi.

Tecniche di conduzione della seduta allargata

Il criterio fondamentale è quello di mettere a confronto le diverse percezioni sia delle caratteristiche del paziente che degli elementi chiave della storia familiare.

Si chiederà sempre ai familiari come hanno accolto l'invito a partecipare e come è stato trasmesso (se è stato detto ad ognuno separatamente uno per uno, se è stato mandato a dire attraverso qualcuno, solitamente la madre, ecc). Sono informazioni importanti che permettono di capire come scorre l'informazione dentro il sistema familiare. Una volta, all'inizio di un incontro con la madre e due sorelle di un paziente, la madre cominciò a parlare con foga. Canevaro la interruppe dopo alcuni minuti per chiederle se era vedova giacché nel suo racconto non menzionava mai suo marito. Rispose: "No, assolutamente. Solo che non gli ho detto niente di questo incontro perché lui è sempre fuori dalle nostre cose... non si interessa mai...".

Dopo aver chiarito la reazione all'invito e com'è stato comunicato, il terapeuta chiarisce bene il perché dell'invito: "Tizia o Caio si è rivolto a me in cerca di aiuto per i suoi problemi e siccome considero la famiglia molto importante nella vita di un individuo, vorrei sollecitare la vostra collaborazione e informazione per meglio aiutarlo/a. Per cui vi chiedo di parlare col cuore in mano riguardo ai problemi che ci sono, al perché di questi problemi e alle soluzioni che proponete. Aiutatemi ad aiutarlo/a".

Questa sincera richiesta di aiuto da parte del terapeuta è molto importante per mettere la famiglia a **favore del processo terapeutico e non contro**. L'arte del terapeuta è convogliare queste forze a favore di un intervento che molte volte per pregiudizio viene etichettato come inutile. Molte persone, di solito i padri, premettono che loro non credono in queste terapie, ma che per amore del figlio sono disposti ad aiutare. Il più delle volte e senza bisogno di nessun chiarimento, interagiscono, ed è frequente che queste stesse persone, all'inizio riluttanti, ringrazino alla fine dell'incontro e si raccomandino per il loro congiunto.

Il bisogno di Veronica di congedarsi dalla sua famiglia in occasione del suo imminente matrimonio, permise a tutti i fratelli e ai genitori di dire la loro e augurarle una buona esperienza. La madre, che abitualmente intratteneva una relazione esclusiva con

Veronica, (escludendo il padre), dovette lasciare spazio a un lungo discorso del padre, abitualmente silenzioso, riguardo all'affetto che aveva sempre provato verso sua figlia e a come gli sarebbe piaciuto restare in contatto con gli sposi. L'abbraccio tenero che Veronica ebbe col padre e poi con ognuno degli altri, creò un'atmosfera molto commovente che rappresentò per lei un vero rituale di congedo e di passaggio a una nuova tappa della sua vita.

Quando c'è un *divorzio emozionale* dei genitori, conviene fare incontri separati rivolti a consolidare un rapporto personale positivo con ognuno dei genitori e definire nel contempo come "missione impossibile" i tentativi terapeutici del nostro cliente di cercare di rimmetterli insieme. Quando i giovani pazienti tentano disperatamente di aiutare i genitori nelle loro liti, facciamo loro vedere come, frapponendosi per evitare lo scontro, cosa altruista e positiva, inconsapevolmente, evitano contemporaneamente un incontro tra i genitori che potrebbe essere chiarificatorio e risolutivo.

Il familiare non viene mai invitato come paziente, ma sempre come testimone privilegiato chiamato ad aiutare il terapeuta con l'esprimere il suo punto di vista sia sui limiti che sulle risorse del paziente, indicando quale potrebbe essere una strada che lo aiuti a vivere meglio. Talvolta il semplice mettere a confronto i diversi punti di vista consente un liberatorio chiarimento di antichi malintesi e fraintendimenti.

Come già dicevamo, l'osservazione del terapeuta non potrà solitamente basarsi su una posizione di semplice ascolto. Con il suo paziente il terapeuta avrà preparato in precedenza delle domande chiave, che l'uno o l'altro rivolgeranno ai familiari coinvolti. Con pazienti di area border nevrotica, caratterizzati da intensi vissuti vittimistici nei confronti dei familiari, un percorso che li aiuti a capire i drammi trigenerazionali dei loro genitori può sciogliere la mitologia negativa costruita su di loro, può consentire ai genitori stessi di chiedere scusa per le sofferenze involontariamente provocate e può aprire la strada ad un autentico processo di perdono e riconciliazione.

Il terapeuta deve essere molto attivo nel promuovere la comunicazione, lo scambio relazionale e la creazione del clima terapeutico che permetta l'incontro. Deve essere *altamente direttivo* nell'organizzare il setting terapeutico e nelle manovre strutturali ed esperienziali e *assolutamente neutrale* circa i cambiamenti che si producono e che dipendono dai vettori psicologici ed emozionali in gioco modificati da quell'intervento contestuale.

Consideriamo molto utile, in un momento della seduta (mai all'inizio) al "calore della psicoterapia", quando si affrontano temi molto coinvolgenti, o situazioni altamente conflittuali, favorire un incontro fisico che permetta lo sciogliersi delle resistenze.

Così come i cinesi dicono che vale più un'immagine di molte parole, potremmo parafrasarli dicendo lo stesso di un abbraccio. Quando questo avviene nel momento giusto, può modificare un risultato terapeutico. Nel momento giusto significa *mai farlo*

prima di aver allontanato la rabbia e il rancore che impediscono quell'incontro emozionale *quasi sempre anelato*, anche dietro rimproveri esasperati, che rappresentano molte volte una richiesta (Canevaro 2003).

Il linguaggio, massima acquisizione degli esseri viventi può essere utilizzato, purtroppo anche per mentire, falsare o mistificare aspetti della vita personale, familiare e psicoterapeutica.

Invece i *sentimenti* non mentono mai.

Capire la comunicazione non verbale (il 75% della comunicazione umana) è un'arte insostituibile nella terapia. Leggere i toni della voce, i movimenti facciali e la prossemia (studio della distribuzione spaziale dei componenti di un gruppo) può essere fondamentale per rendere coerente una relazione interpersonale.

Dire a una persona che si dice serena, mentre agita incontrollatamente una gamba: "cosa penserà la sua gamba di quello che lei sta dicendo?" significa integrare aspetti contraddittori che annullano un doppio messaggio o rendono più comprensibile un comportamento.

Nella comunicazione disfunzionale, i familiari sono maestri nell'arte *dell'evitamento delle emozioni* che possano perturbare la "razionalità" dell'incontro.

Esempi frequenti sono:

- nascondersi dietro il ruolo di genitore invece di parlare come persona,
- cambiare tema quando si avvicina un argomento controverso,
- guardare altrove e non negli occhi dell'interlocutore,
- allontanare il corpo dall'interlocutore, impedendo un incontro fisico,
- banalizzare o squalificare la richiesta soprattutto se il terapeuta chiede un avvicinamento fisico,
- parlare al terapeuta del figlio/a e non parlargli/le direttamente (evitamento più triangolazione del terapeuta),
Es: "Lui sa che io gli voglio bene" non è lo stesso che dirglielo direttamente, guardandolo negli occhi.
- Dare un abbraccio formale e non "pieno". Palpeggiare la spalla e non stringere la persona in un abbraccio.

Il terapeuta deve essere molto attivo nelle *manovre di controevitamento*, aspettando il momento giusto per chiedere spostamenti e avvicinamenti che possano spaventare le persone.

Aspettare il momento giusto significa *elevare l'intensità emozionale*, affrontando temi universali che svegliano emozioni profonde: l'amore, la morte, la follia, la trasmissione alle generazioni successive, etc.

- chiedere di parlare alle persone guardandole negli occhi
- chiedere di non rispondere evasivamente né ambiguamente

- far sedere le persone una di fronte all'altra prendendosi per mano e guardandosi negli occhi.

E' impossibile non comunicare in questa posizione, a meno di guardare il terapeuta o rivolgersi a lui. Basta dire a questa persona che guardi il suo interlocutore per neutralizzare la manovra dell'evitamento.

Richiedere di parlare **all'**interlocutore e non **dell'**interlocutore è molto importante e a volte bisogna farlo ripetutamente di fronte alle riluttanze dei pazienti a cambiare atteggiamento.

Nella nostra cultura si considera un merito "controllare" le emozioni soprattutto per educare meglio i figli. Più volte ho ascoltato in seduta dire: "i figli si devono baciare mentre dormono...." Come se il baciarli fosse percepito come vulnerabilità emozionale e fosse diseducativa.

Quando si riesce a favorire un incontro emozionale, è molto frequente che le persone piangano e che si sciolgano difese improduttive, favorendo una comunicazione più sincera di quello che veramente si sente e a volte non si riesce a esprimere. Una psicoterapia che si basi su questo approccio non è una terapia buonista o melensa, giacché si produce quello che realmente c'è nella relazione e non si riesce a esprimere. Chiarire la vera coloritura emozionale di una relazione può aiutare a definirla, sia nel senso di esprimere il bisogno di attaccamento e tenerezza, che l'odio o il rancore accumulato. Il terapeuta può solo favorire l'espressione di quello che c'è nella relazione e non può creare sentimenti che non ci sono.

Solo una volta manifestati questi sentimenti, i componenti della relazione possono metacomunicare sulla stessa o chiarire aspetti del proprio comportamento o della propria storia. Così si arriva molte volte alla comprensione di una vita di malintesi che a volte sono nati in una generazione precedente.

Schema 1

Tipico percorso di una terapia con questo modello

Sedute 1 - 5	paziente solo
Seduta 6	paziente - padre
Sedute 7 - 8	paziente solo
Seduta 9	paziente - madre
Sedute 10 - 11	paziente solo

Seduta 12	paziente - sorella
Sedute 13 - 18	paziente solo
Seduta 19	paziente - partner
Sedute 20 - 30	paziente solo

Questo può essere considerato lo schema di una terapia lunga con sedute quindicinali, e ad intervalli più lunghi nella fase conclusiva, per una durata di circa due anni. Nell'esperienza di Canevaro la maggior parte delle terapie sono state più brevi, come abbiamo detto all'inizio.

Sedute successive alle prime

Quando il terapeuta sente di aver stabilito un buon clima, riflessivo e cooperativo, anche con i familiari, può introdurre specifici esercizi miranti ad attaccare con forza le tecniche di evitamento del riavvicinamento emotivo che spesso inconsapevolmente pazienti e familiari continuano a mettere in atto. Un esercizio molto potente è stato inventato da Alfredo Canevaro e denominato **lo zaino** (Canevaro 1999).

Un rituale terapeutico per favorire la ridefinizione positiva della relazione genitori-figlio: lo zaino

Passate le prime fasi della definizione del problema e della convocazione dei familiari in seduta, siamo nel pieno della terza fase, quella centrale dell'incontro terapeutico mirato al chiarimento dei malintesi. Quando si sia creato un buon clima di collaborazione si invitano genitori e paziente a sperimentare questo esercizio.

Vediamo l'esempio di Antonio, ventidue anni, che dopo aver fatto un paio di anni di Disegno Industriale, abbandona gli studi e attraversa un periodo di depressione, confusione, ritiro in se stesso. All'incontro cui sono invitati anche i genitori, molto in ansia, la madre, psicologa, porge al terapeuta un genogramma di più generazioni dove si vede un ricorrere di diagnosi di psicosi. Il padre, Cristiano, architetto, interviene poco e racconta piuttosto che la loro famiglia nucleare è stata sempre molto sotto l'ala della famiglia di origine di sua moglie, dove la figura di spicco è il suocero, persona molto stimata da tutta la famiglia e a cui sua moglie è molto legata. Cristiano, grande lavoratore piuttosto assente in famiglia, non ha avuto molto rapporto con Antonio, lasciandolo a sua moglie.

Antonio ascolta i suoi genitori, interviene poco e parla di un suo viaggio all'estero dove è stato colto da un attacco di panico che gli impediva di visitare quello che avrebbe voluto. Nella prima fase della terapia si lavora con efficacia anche attraverso delle prescrizioni per riavvicinare Antonio a suo padre. Le cose vanno un po' meglio e si

arriva ad una seduta familiare dove si incomincia a parlare del futuro di Antonio: è il momento giusto per iniziare l'esperienza.

La formula è più o meno questa: "in questo momento sarebbe molto utile fare un'esperienza insieme. Mettetevi voi (ai genitori) di fronte a vostro figlio/a e uno per volta iniziate questa esperienza, mentre l'altro si siede accanto e aspetta il suo turno guardando quanto succede, in silenzio.

Cominciamo da lei, Laura. Si sieda di fronte a suo figlio, con le ginocchia che si toccano e senza accavallare le gambe. Prendetevi le mani e guardatevi negli occhi. In questo momento Antonio sta per iniziare un lungo viaggio nella vita e porta con sé uno zaino. Cerchi lei di trovare due o tre cose importanti di sé, che lei sia riuscita a coltivare, di cui sia orgogliosa, per darle ad Antonio, lui le metterà nello zaino e quando ne avrà bisogno, nel lungo cammino della vita, le prenderà e le farà proprie.

Vediamo per esempio un aspetto del suo carattere che le sia servito nella sua vita e di cui sia fiera".

Laura, allora, prendendo le mani di Antonio con molta determinazione e guardandolo intensamente negli occhi, gli dice: "Ti do il mio entusiasmo, perché nella vita mi ha permesso di superare le difficoltà e di intraprendere nuove strade".

(Il terapeuta prende un foglio, lo divide a metà e segna con cura quanto Laura dice, da una parte il concetto, dall'altra la spiegazione dello stesso).

"Ti do la mia fiducia nella donna, perché mi è sempre parso giusto l'equilibrio e la collaborazione tra i sessi.

Ti do il mio amore per i figli perché ha sempre guidato il mio comportamento."

Il terapeuta dice: "brava Laura, ricapitoliamo di nuovo queste tre cose". Ripete i concetti e li fa ripetere a Laura, cercando di definirli in una sola parola, o in brevi parole, per spiegare il perché di queste parole.

Una volta ripetuti i concetti, il terapeuta chiede ad Antonio, che intanto si è emozionato e guarda sua madre con occhi lucidi, di lasciare di sé qualcosa alla madre prima di partire per il lungo viaggio, qualcosa che lui reputi possa far piacere alla madre tenere con sé.

Allora Antonio parla alla madre con voce commossa, dicendole:

"Ti lascio la mia protezione che ci sarà sempre.

Ti lascio una sensibilità diversa, anche se entrambi abbiamo una creatività simile.

E infine la mia capacità di osservare ed intuire chi è davanti a me, una porta verso il mondo".

Il terapeuta rilegge quanto detto da Antonio e glielo fa ripetere. Dopodiché chiede ad entrambi di abbracciarsi senza parole, riposando la testa di ognuno sulla spalla dell'altro. Così fanno loro in un lungo abbraccio che si conclude con un bacio.

Cristiano guarda commosso e in silenzio quanto è successo tra di loro e si appresta a sedersi di fronte ad Antonio.

Il terapeuta gli dice: "adesso Cristiano tocca a lei. Si sieda di fronte ad Antonio e come Laura scelga due o tre cose di cui è fiero per darle a lui, per il suo lungo cammino nella vita".

Le parole scelte e le metafore utilizzate per questo esercizio svegliano profonde emozioni in tutti i partecipanti che contribuiscono a creare un'atmosfera molto calda e coinvolgente.

Il padre sceglie con cura le sue parole, aiutato dal terapeuta a definire chiaramente i concetti.

"Ti do il mio senso di libertà intellettuale che mi ha permesso di non farmi condizionare da niente e nessuno.

Ti do il mio dubbio, perché nella vita mi ha permesso di analizzare meglio le cose.

E ti do il mio coraggio di spendermi nella vita, per andare fino in fondo nelle cose."

Antonio, molto commosso, prende entrambe le mani del padre e tremando se le porta verso la sua faccia, tenendole ferme sul viso, in un silenzio molto pregnante.

Poi dice: "ti lascio un nuovo spazio in cui abbassare la guardia e divertirti spensieratamente!

Ti lascio il mio modo di vivere il tempo, lasciandolo fluire soavemente."

Una volta finito, il terapeuta gli fa ripetere i concetti, dopodiché chiede ad entrambi di abbracciarsi, senza parole, appoggiando ciascuno la sua testa sulla spalla dell'altro. Così fanno in un lungo ed emotivo abbraccio. Laura assiste in silenzio, con occhi lucidi. Poi finisce il terapeuta: "questi momenti che avete vissuto con intensa commozione, lasciateli fluire dentro di voi, senza chiedervi spiegazioni e godendo di queste sensazioni...".

Circa un mese e mezzo dopo l'esperienza dello zaino, viene Antonio in seduta, dopo le vacanze. È molto più disteso e sorridente e dice che è stato molto bene in campagna con la sua famiglia e il nonno. Dopodiché è stato al mare con gli amici e si è divertito molto. "Ero aggrovigliato su me stesso. Ho superato aspetti molto complessi di autosservazione che mi portavano a una crudezza e a una frammentazione. C'è stato in questo ultimo periodo un recupero".

Il terapeuta: "e i tuoi come stanno?". "Mi sembra bene. Le cose sono sensibilmente migliorate. Il rapporto con loro si è disteso, c'è più accettazione. Dopo la seduta dello zaino mi ci sono voluti due giorni per riprendermi. Avevo bisogno di elaborare quelle cose che non erano *mai state dette* prima. C'è stata come una virgola, che mi ha fatto cambiare tema. È stato molto violento. Ho amato e odiato questo momento. Mi sono reso conto che sono una persona delicata, non forte, ma molto emotivo. Quello che più

mi ha colpito è stato un barlume d'amore negli occhi di mio padre. L'ho visto in un modo in cui non l'avevo mai visto".

L'esperienza dello zaino, fatta in quel momento del percorso terapeutico ha un effetto sinergico che abbrevia il passaggio a volte molto sofferto di quella fase del ciclo vitale della famiglia, giacché coinvolge tutti i partecipanti della relazione e permette di sperimentare sul versante positivo le intense emozioni legate a quel vissuto di differenziazione.

I genitori sentono che possono assolvere il loro compito e hanno il permesso di mostrare i loro sentimenti, senza ritegno. È senza dubbio una spallata molto importante per il figlio/a che ha bisogno di una conferma dell'approvazione dei suoi genitori per la sua crescita.

Aiuta anche i genitori a reimpostare la loro vita meno in funzione del figlio e affrontare la fase del nido vuoto, momento assai difficile della coppia, giacché, nella nostra cultura mediterranea, la coppia vive quasi esclusivamente della genitorialità e molto meno in funzione di una intimità che va costruita e insegnata.

Lo zaino è una esperienza terapeutica che facilita la differenziazione e nel contempo un test che ci dimostra l'andamento della relazione genitoriale e la capacità di funzionamento mentale del figlio e dei genitori. Dalla loro capacità di simbolizzazione (una sola volta, in decine di tentativi fatti, mi è capitato che dei genitori mettessero nello zaino del figlio un po' di salame e affettati vari!) e di accettazione di questo congedo reciproco può dipendere l'andamento futuro della loro relazione e del progetto esistenziale del figlio/a.

L'utilità del fallimento dell'allargamento

È davvero molto raro che i familiari rifiutino di partecipare, mentre può essere più frequente che la seduta allargata finisca per essere un'esperienza deludente, specialmente quando il terapeuta non riuscisse a gestire adeguatamente situazioni familiari emotivamente molto fredde o intensamente conflittuali. Ad esempio, i familiari restano tutti centrati sui loro propri bisogni, sono incapaci di mettersi dal punto di vista del loro figlio o fratello, di fatto continuano a inchiodarlo a quel ruolo, spesso di tipo sacrificale, che da sempre gli hanno attribuito. Anche una seduta così dolorosa è molto importante per far capire al terapeuta l'estrema limitatezza delle risorse di quella famiglia e le necessità di accompagnare il paziente nell'elaborazione di questo lutto, nell'aiutarlo a difendersi meglio e ad accontentarsi di qualche "briciola" senza aspettarsi nulla di più.

Tuttavia anche in questo campo vale quanto sostenuto da Cirillo (2005) per le famiglie maltrattanti: non scommettiamo subito sulla irrecuperabilità, vincere sarebbe tanto facile quanto pericoloso!

Lavoro d'équipe, frequenza delle sedute

Questo modello terapeutico richiede un'ottima autorevolezza e sicurezza. Uno di noi, Alfredo Canevaro, inventore e sperimentatore di queste tecniche, è stato capace di applicarlo lavorando sempre da solo. Un altro autore, Matteo Selvini, ha più spesso sperimentato questo modello lavorando in équipe con lo specchio unidirezionale (e talvolta con la conduzione di un collega nelle sedute familiari). In linea generale ci sentiamo di consigliare il lavoro d'équipe, specialmente nel caso di terapeuti ancora all'inizio della loro carriera o con scarsa esperienza di sedute familiari. In questo contesto la co-terapia: entrambi i terapeuti nella stessa stanza, anche se magari con un diverso ruolo (più attivo/meno attivo) ci pare più adatta dello specchio unidirezionale.

Il tema della frequenza delle sedute è ancora da approfondire. Canevaro ha lavorato molto bene con sedute quindicinali o anche ogni tre settimane. Tuttavia con pazienti acutamente sofferenti, iniziare con sedute settimanali è solitamente utile e necessario. Con persone più stabili anche frequenze più dilatate vanno bene.

Conclusioni

L'esperienza di queste terapie ha portato la scuola di psicoterapia "Mara Selvini Palazzoli" ad introdurre il contributo della famiglia d'origine (attraverso incontri multifamiliari) nel percorso di autoconoscenza dei futuri psicoterapeuti. Con grande soddisfazione queste esperienze formative ci stanno insegnando molto sul lavoro con i pazienti e viceversa. Andiamo verso uno scenario integrativo dove la "selezione naturale" delle grandi idee della storia della psicoterapia individuale potrà avvalersi di queste nuove tecniche per inventare e migliorare psicoterapie sempre più efficaci.

Parole chiave

Accettazione delle responsabilità, lealtà verso il paziente, negoziazione delle convocazioni, combattere l'evitamento del contatto emotivo.

Riassunto

In questo articolo gli autori presentano un modello di psicoterapia individuale dove nella prima fase del trattamento la negoziazione con il paziente su quali familiari invitare in seduta aiuta moltissimo nella focalizzazione sul qui e ora della relazione con i familiari e con il terapeuta. Successivamente il lavoro in seduta con i familiari può consentire in tempi rapidi importanti movimenti di riavvicinamento emotivo ed accettazione reciproca.

Key words

Responsibility-Acceptance, loyalty to the patient, negotiation of psychotherapy settings, fighting avoidance of emotional contact.

Summary

In this article the author presents an individual psychotherapy model where, in the first phase of treatment, the negotiation with the patient about which family member must be invited to the psychotherapy session is very helpful in focalizing on the here-et-now of the relationship with the family members and with the therapist. Subsequently, the work in the family session may rapidly allow important movements of emotional approach and reciprocal acceptance.

Bibliografia

Balsamo, R., (2006), "Note sulla terapia sistemica". Riflessioni a partire dal testo *Terapia Sistemica Individuale* di L. Boscolo e P. Bertrando (1996) Raffaello Cortina Editore, Milano, materiale didattico scaricabile dal sito www.scuolamaraselvini.it

Boscolo, L., Bertrando, P. (1996), *Terapia sistemica individuale*, Raffaello Cortina Milano.

Boszormeny-Nagy, I. Spark, G. (1973), *Lealtà invisibili*. Tr.it. Astrolabio, Roma 1988.

Bowen, J., (1978), *Dalla famiglia all'individuo*. Tr. it. Astrolabio, Roma 1979.

Canevaro, A.(1999)"Tecniche esperienziali per favorire la psicoterapia."

Seminario condotto nel Centro di terapia familiare e relazionale di Torino (Coop. Emmecci)

Canevaro, A. (2003) "Allargamento ai familiari significativi durante la terapia individuale di un adulto" Seminario condotto nella Scuola Mara Selvini Palazzoli. Milano

Canevaro, A. (2005) "L'allargamento ai familiari significativi nella praxis clinica e nella formazione

degli psicoterapeuti. Congresso della SIPPR. Forte dei Marmi.

Pubblicato nel sito web: www.sippr.it

Cirillo, S., (2005), *Cattivi genitori*, Raffaello Cortina Milano.

Cuccuru, M., (2006), *Principali indicazioni e controindicazioni alla terapia familiare*, sintesi di della giornata di discussione dei gruppi T e U con Matteo Selvini del 26 aprile 2006, materiale didattico scaricabile dal sito www.scuolamaraselvini.it.

De Bernart, R., (2005), "La terapia sistemica individuale", *Terapia Familiare*, 78, p. 109-112.

Framo, J.L., (1992), *Terapia intergenerazionale*. Tr. it. Raffaello Cortina Milano 1996.

Loriedo, C., Angiolari, C., De Francisci, (1989), "La terapia Individuale Sistemica". In *Terapia Familiare*, 31, novembre 1989.

Loriedo, C., (2005) "Insidie e limitazioni (sistemiche) della terapia sistemica individuale". In *Terapia Familiare*, pp. 104-109.

Kohut, H., (1987), *Le due analisi del signor Z.*. Tr. it. Astrolabio, Roma 1989.

Selvini, M., (1993) "Psicosi e misconoscimento della realtà". In *Terapia Familiare*, 41, pp. 45-56.

Selvini, M., (2004), *Reinventare la psicoterapia*, Raffaello Cortina Milano.

Selvini, M., (2007), "Undici tipi di personalità", (in corso di stampa su *Ecologia della mente*).

Viaro, M., (2004), "Commenti a *Opinioni a Confronto* sulle terapie individuali". In *Terapia Familiare*, 75, 76, 78.

Yalom, I., (1989), *Love's Executioner: & Other Tales of Psychotherapy (Perennial Classics)*.