

L'équipe base sicura della sperimentazione dei formati in terapia familiare

STEFANO CIRILLO¹, MATTEO SELVINI²,
ANNA MARIA SORRENTINO³

1. Purismo sistemico e rigidità dei formati

1.1. UNA VISIONE SU DUE POLI: SINTOMO E SISTEMA

Cinquant'anni fa, nel 1971, esce in Italia il manifesto della terapia sistemica, *La Pragmatica della comunicazione umana*, di Watzlawick e collaboratori (1967). I più vecchi dei tre autori di questo scritto ricordano molto bene l'entusiasmo con cui la prof.ssa Selvini Palazzoli, docente alla Scuola di Specializzazione in Psicologia all'Università Cattolica di Milano, salutò questa rivoluzione culturale, imponendo a noi giovani allievi di gettare nella spazzatura gli appunti delle teorie psicoanalitiche sulla

¹ Psicologo psicoterapeuta, co-responsabile della Scuola di psicoterapia "Mara Selvini Palazzoli, stefanocirillo@scuolamaraselvini.it

² Psicologo psicoterapeuta, co-responsabile della Scuola di psicoterapia "Mara Selvini Palazzoli, matteoselvini@scuolamaraselvini.it

³ Psicologa psicoterapeuta, co-responsabile della Scuola di psicoterapia "Mara Selvini Palazzoli, annamariasorrentino@scuolamaraselvini.it

famiglia che ci aveva insegnato l'anno prima. Come tutte le rivoluzioni, anche questa si opponeva in modo radicale ai principi del precedente modello terapeutico dominante: cancellata ogni pretesa di indagare l'inconscio del paziente, definito "paziente designato" in quanto portatore della sofferenza familiare, brevità del trattamento in contrapposizione ai lunghi percorsi analitici, visione del sintomo non più intrapsichica ma interpersonale, come messaggio criptico rivolto ai familiari, trattamento indirizzato all'intero nucleo convivente. In questo mezzo secolo le cose sono molto cambiate, a riprova della fecondità del nostro approccio, il quale non si è mummificato, ma è anzi in costante evoluzione, come cercheremo di dimostrare con questo articolo.

Nel nostro ultimo libro (2016) ci siamo dedicati a descrivere i differenti vertici diagnostici che ciascuno di noi utilizza, più o meno consapevolmente, per entrare in contatto con il paziente (individuo, coppia o famiglia che sia) nel modo meno riduttivo e più rispettoso possibile della sua complessità. Negli anni del cosiddetto purismo sistemico si aprivano solo tre porte d'accesso al mondo di chi ci consultava: la porta della DOMANDA, che possiamo definire la porta indispensabile, in quanto ogni intervento terapeutico, non importa a quale orientamento si riferisca, non può prescindere da un'analisi della domanda (con le sue tre peculiarità: contesto in cui la domanda viene portata, inviata al trattamento, e infine richiedente della presa in carico, il quale è l'anello di congiunzione tra il sistema familiare e l'équipe terapeutica). Le altre due porte fondative dell'approccio sistemico sono il SINTOMO e il SISTEMA, strettamente intrecciate tra loro, poiché l'ipotesi che i terapeuti di quell'epoca cercavano di formulare legava la

comparsa del sintomo a una particolare modalità comunicativa e strutturale del sistema di appartenenza del paziente. (Pensiamo alla teoria del doppio legame di Bateson (1972), agli articoli di Haley (1959) sulla famiglia dello schizofrenico, ai lavori di Minuchin (1979) sulle strutture familiari, al paradosso di Selvini Palazzoli, Boscolo, Cecchin e Prata (1975). A questa prima triade diagnostica con cui si “leggeva” il problema, aggiungeremo successivamente un’ulteriore lente, quella TRIGENERAZIONALE (Framo, 1965), che recupera in un certo senso la profondità storica, diacronica, del modello, fin lì rigorosamente sincronico e bigenerazionale. Semplificando, potremmo dire che fino ad allora si interpretava il sintomo del figlio come esito del suo essere coinvolto all’interno del malessere della coppia genitoriale: da quel momento in poi i genitori vengono considerati anche come figli, che portano nella costruzione del legame di coppia la propria storia di attese frustrate, con il rischio che un’ulteriore delusione ricada sulla generazione successiva. Insomma, si tratta di vedere nei genitori quei bambini feriti che sono stati. Cosa rendeva tanto trasgressivo socchiudere una di quelle due porte? Stiamo alludendo alla porta dell’ATTACCAMENTO e a quella della PERSONALITÀ, che tratteremo nel terzo paragrafo. Qui basterà accennare a ciò che rendeva inammissibile avvicinarsi a questi due modelli interpretativi. Cominciamo dall’attaccamento. Quando i lavori di Bowlby cominciarono a diffondersi in Italia, ricordiamo bene la condanna senza appello che ne fece Mara Selvini Palazzoli in una nostra riunione d’équipe: “Si tratta di un modello diadico, a noi non interessa, lasciamolo agli psicoanalisti”. Infatti, uno dei principi di base della teoria

sistemica è che l'unità minima per interpretare un fenomeno è la triade (Selvini Palazzoli, Ricci, 1984).

Mara diceva che se una mamma e il suo neonato naufragano su un'isola deserta il bambino non diventerà mai psicotico. I gravi disturbi dello sviluppo implicano la presenza di un terzo che interferisce con l'adattamento relazionale madre/bambino: il padre, la nonna... Per questo motivo era irrilevante studiare la costruzione del legame primario mamma/ bambino. Una posizione che oggi consideriamo irrazionale e indifendibile. In realtà i padri fondatori della terapia familiare si sono sempre legittimati a prendere in considerazione una diade: quella rappresentata dalla coppia coniugale e genitoriale. Perché allora non dovremmo autorizzarci a studiare anche gli altri due lati del triangolo, la relazione madre/figlio e quella padre/figlio? L'effetto innovativo dell'apertura di questa porta è dirompente: fa irruzione nella nostra concezione dei problemi umani la dimensione evolutiva. Analogo discorso vale per l'attenzione al funzionamento di personalità del soggetto, paziente o familiare che sia: agli esordi del purismo sistemico la mente umana era vista come una "scatola nera", simile a uno dei primi computer di cui non ci sognavamo neppure di indagare il funzionamento interno, limitandoci a registrare gli input e gli output comunicativi. E sarebbe stato sacrilego, per un movimento nato all'insegna della depazientificazione, formulare delle diagnosi di personalità di un soggetto. Oggi viceversa diagnosi di attaccamento e di personalità rappresentano un binomio utilissimo per avvicinarsi al paziente in una terapia veramente fatta su misura per lui e non stereotipata: un individuo che ha strutturato un attaccamento evitante ha bisogno di un terapeuta

che si guardi bene dal giudicarlo, chi ha avuto un attaccamento ambivalente necessita di essere avviato all'autonomia, un antisociale richiede regole rigorose ma comprensione delle ingiustizie che ha subito, un narcisista confonderà la nostra empatia con la commiserazione, e così via. La diagnosi dell'attaccamento e della personalità sono fondamentali per alimentare l'empatia, la curiosità, il riconoscimento dell'unicità e delle buone ragioni di ogni componente della famiglia. L'ultima porta, la settimana, relativa al VISSUTO DEL TERAPEUTA, è quella che più si avvale del contributo di Elkaim. Ce ne occuperemo nel paragrafo 5.

1.2 I PROTOCOLLI FISSI DELLE CONVOCAZIONI

In modo speculare alla rigidità interpretativa che caratterizzava l'epoca del purismo sistemico va ricordata un'analogia rigidità del protocollo di intervento. La terapia familiare per un figlio (a quell'epoca l'équipe di Selvini Palazzoli, Boscolo, Cecchin e Prata riceveva quasi esclusivamente anoressiche restrittive, più avanti anche qualche giovane psicotico) prevedeva un contratto di dieci sedute come massimo, tutte alla presenza dell'intera famiglia nucleare: eventuali familiari conviventi – nei primi anni '70 in Italia non era tanto raro che soprattutto una nonna convivesse con la famiglia della figlia - venivano invitati alla prima seduta e congedati alla fine della stessa. Qualora un membro della famiglia non si presentasse a un appuntamento, la seduta veniva rinviata: ricordiamo ancora che questa prassi, quando eravamo giovani neocollaboratori della prof.ssa Selvini nei primi anni '80, era estremamente imbarazzante per noi, perché si trattava di riscuotere un costoso onorario da una famiglia che veniva rimandata a casa, magari dopo un lungo e faticoso viaggio... La logica

dell'intervento era che l'assente esprimeva la resistenza della famiglia a modificare il proprio funzionamento, la propria omeostasi come allora si diceva, che prevedeva uno pseudo privilegio per il paziente, mentre in realtà il vero preferito era il fratello o la sorella che veniva tenuto fuori dal trattamento. Una sorta di potere dell'assente, simile al concetto di Goldbeter (2017) del *tiers pesant* (terzo pesante). Com'è noto, l'intervento classico di quegli anni era il controparadosso, che si rivelò estremamente efficace, almeno finché la pubblicazione del libro che lo descriveva ne tolse l'effetto sorpresa. In quegli anni (1979) il gruppo originario si divise e l'équipe costituita da Selvini Palazzoli e Prata escogitò una nuova tecnica di intervento, denominata serie invariabile di prescrizioni, minuziosamente descritta nel volume che scrivemmo anni dopo (Selvini Palazzoli, Cirillo, Selvini e Sorrentino, 1988). Anche qui il protocollo delle convocazioni era rigido: la prima e la seconda seduta erano riservate a tutta la famiglia, finalizzate alla ricostruzione del cosiddetto "gioco familiare". Al termine, i figli erano congedati in modo criptico (non era esplicitato che non sarebbero più stati invitati) e il trattamento veniva portato avanti solo con la coppia dei genitori, nominati coterapeuti, a patto che dessero prova di saper dichiarare (e mantenere) il segreto sui contenuti della terapia ai figli e alle due famiglie d'origine. I genitori venivano poi richiesti di sparire da casa, prima per una sera, poi per un fine settimana e all'occorrenza più avanti per una settimana intera, prendendo nota separatamente della reazione di tutti a queste sparizioni. Nel volume *I giochi psicotici nella famiglia* (Selvini Palazzoli, Cirillo, Selvini e Sorrentino, 1998) sono descritti i follow up a distanza di questi due metodi terapeutici, l'intervento paradossale e la serie invariabile di

prescrizioni. Qui ci interessa sottolineare come questo secondo protocollo spezzasse per la prima volta il dogma della convocazione di tutta la famiglia. Se la convocazione dei genitori inviava un messaggio implicito di responsabilizzazione, da loro spesso avvertito come un'imputazione ("se invitano noi pensano che sia colpa nostra"), il formato con i soli due genitori cercavamo di presentarlo come valorizzazione del loro essere risorsa: "senza il vostro aiuto vostra/o figlia/o non può farcela, è troppo giovane, non motivata/o a differenza di voi che siete preoccupati per lei/lui". Come vedremo nel paragrafo 5, tutta l'evoluzione del nostro modello di presa in carico si gioca tra queste due polarità: potenziare la disponibilità dei genitori a mettersi in gioco per curare il figlio, senza rinunciare a un coinvolgimento attivo del paziente, che non si veda ridotto puramente a vittima degli errori dei familiari.

2. La prima fase della presa in carico della domanda familiare

2.1 IL COLLOQUIO INIZIALE SU DOMANDA E PROBLEMA

Per domanda familiare intendiamo la richiesta di aiuto da parte di un familiare per un figlio, definito come paziente e non motivato a un lavoro personale (Cirillo, Selvini, Sorrentino, 2016). Nell'ormai non breve storia della nostra scuola (46 anni se volessimo prendere *Paradosso e Controparadosso* 1975, come atto di nascita) la nostra ricerca ha attraversato

varie fasi (Selvini, 2004). Quella iniziale, molto interventista/provocatoria, ha dato grande importanza ad un lungo colloquio telefonico iniziale (Ghezzi, Lerma, Martino, 1984; Di Blasio, Fisher, Prata, 1986) che consentiva di preparare al meglio la prima seduta familiare in équipe, che si voleva avesse un immediato e forte impatto terapeutico. Aspettativa pionieristica che oggi consideriamo onnipotente ed ingenua, ma che conteneva anche l'intuizione di un'autentica possibile efficacia, e che tratteremo nel prossimo sottoparagrafo. Già dai primi anni Novanta iniziammo a pensare che avesse poco senso fare al telefono una sorta di prima seduta, e poi perché solamente con il richiedente? (Selvini 2003). Di qui la ricerca sulle procedure relative al chi convocare al primo incontro nella domanda familiare, considerando variabili quali l'età del paziente, la sua eventuale opposizione alla terapia, il conflitto tra i genitori ecc., e sulle tecniche di conduzione di questo primo incontro, gestito da un solo terapeuta senza la presenza dell'équipe, in continuità con la pratica precedente dell'unico terapeuta che gestiva il primo contatto nella cosiddetta cartella telefonica. Questo cambiamento tecnico ha comportato un grande cambiamento degli obiettivi dei primi incontri. La cartella telefonica doveva servire ad avere le informazioni utili per "sganciare la bomba", cioè l'intervento paradossale/ provocatorio, già a conclusione della prima seduta. Invece la logica del nostro atteggiamento recente è rivalutare l'importanza della costruzione dell'alleanza terapeutica con tutti i membri della famiglia, e innanzi tutto con il paziente, nonché la necessità di valutazioni più articolate ed attente. Si tratta di puntare sul creare un clima di collaborazione nell'appartenenza, anche affettiva, alla difficile impresa di capire ed aiutare se stessi ed

insieme il proprio familiare in crisi. Nella nostra pratica attuale troviamo perciò utili tre o quattro incontri iniziali per cercare di ottenere questo obiettivo di fare squadra nell'empatia verso la sofferenza del paziente designato. Nel caso più frequente il primo incontro è con i genitori ed il figlio/a paziente, con lo scopo di ottenere una descrizione del problema per poi poterla collegare a possibili spiegazioni psicologiche di quei segnali (i sintomi), in un clima di benevolenza/empatia verso la sofferenza di cui i sintomi stessi sono simultaneamente espressione e difesa. Seguendo il criterio di stare inizialmente solo nella dimensione individuale della sofferenza e di evitare ogni prematura colpevolizzazione dei genitori, ci proponiamo di posporre qualunque indagine relazionale, essendo molto cauti e benevoli in ogni riferimento al sintomo come connesso con problematiche relazionali. I genitori sono convocati come RISORSA, non come responsabili del problema. Per perseguire questo obiettivo di creare un clima familiare di empatia e sicurezza, un unico terapeuta è sufficiente, anche se ovviamente dovrà saper padroneggiare alcune non facili linee guida della conduzione. I terapeuti in formazione è meglio che co-conducano, stando in due nella stanza, potendo uscire per consultarsi, come nella tecnica classica di Paradosso e Controparadosso, che infatti venne inventata da terapeuti che erano pionieri (alias principianti) della terapia familiare. Quando concludiamo questo primo colloquio familiare genitori/paziente in un buon clima collaborativo, o almeno accettabile, si pone il problema di come continuare. Le priorità sono due: 1) valutare la necessità/opportunità d'interventi immediati di tipo prescrittivo 2) rafforzare il clima di squadra coinvolgendo eventuali fratelli e sorelle del paziente. Rispetto al primo

punto, si tratta di fare sì che il contesto terapeutico risulti emotivamente sicuro, garantendo la messa in sicurezza del paziente e dei suoi familiari. Un esempio tipico è quello di un paziente (o anche di un genitore) che viene criticato, pressato, denigrato da uno o più familiari sia in seduta che a casa: qui dovremo immediatamente chiederci cosa possiamo fare nell'immediato per tutelarlo, e subito dopo pensare cosa annulli la naturale empatia dei familiari nei confronti della sua sofferenza. In altri casi emerge immediatamente una ipotesi sistemica forte, cioè un'evidenza rispetto a come il paziente sia stato messo in una posizione relazionale difficile. Ad esempio, fin dalla primissima seduta con Teresa (sedici anni) e i suoi genitori, separati da sei anni, emerge che la ragazzina, (che ci viene portata dopo un ricovero psichiatrico che l'ha etichettata come psicotica, estremamente isolata, con grande fatica a continuare la scuola e minacce di suicidio), è estremamente coinvolta nell'assistenza pratica e morale ad un padre assai problematico. Cercheremo quindi da subito di combattere, anche con specifici consigli, questa faticosa e fallimentare inversione dei ruoli che appare essere una delle cause principali del suo grave malessere. Messa in sicurezza e sperimentazione di primi cambiamenti relazionali possono quindi essere obiettivi centrali dei primi colloqui di presa in carico familiare. Contemporaneamente lavoreremo sul secondo punto, cioè per creare/rafforzare uno spirito di appartenenza alla famiglia ed un clima di collaborazione tra loro e con noi, quindi tra i "giocatori" e con noi "allenatori", come diremo nelle prossime righe. L'incontro si conclude con l'indicazione di un percorso di terapia familiare e con la stipula del contratto (presenza di un coterapeuta, durata e intervallo tra le sedute, autorizzazione alla registrazione, costi).

2.2 DUE INCONTRI DI CONDIVISIONE DELLA STORIA FAMILIARE

Quando abbiamo concluso il primo colloquio sulla definizione del problema, per costruire un clima di appartenenza, la modalità che ci caratterizza (a differenza della maggior parte delle scuole sistemiche che raccolgono la storia familiare più avanti nelle prime sedute di consultazione vere e proprie) è quella di proporre l'utilità di una condivisione della storia familiare. È solo a questo secondo colloquio che sono invitati fratelli e sorelle, per non appesantire il primo incontro, quando il terapeuta deve concentrarsi sull'agganciare un giovane solitamente refrattario o almeno diffidente, e due genitori, i veri richiedenti, in

una posizione necessariamente sulle difensive, per il fatto stesso di essere stati convocati per un lavoro familiare. Anche per queste due sedute familiari non è indispensabile un'équipe terapeutica, in quanto si tratta di seguire una scaletta semi strutturata. Nella prima seduta di raccolta della storia familiare ripercorreremo le biografie di ciascun membro della famiglia e in breve la storia della coppia dei genitori, nella seconda ci concentreremo su una sintetica descrizione delle due famiglie di origine (e quindi implicitamente sulle ferite che ognuno dei genitori ha portato con sé nel legame di coppia). Con due sedute di 90' circa questo programma può essere portato a compimento senza correre, cioè senza essere vincolati da una fretta che limita le riflessioni e le emozioni che scaturiscono dai temi spesso caldi che vengono sollevati.

Molto spesso i figli scoprono aspetti importanti della vita dei loro genitori e delle loro famiglie di origine. Tutti sono invitati a parlare sia delle loro gioie che delle loro sofferenze. Diviene un rito di messa in comune, di condivisione dei temi esistenziali più importanti per ognuno. Ecco una sintetica scaletta dei due incontri. Nel primo ci focalizziamo su come una persona racconta di sé: chiediamo a ciascuno una breve storia di studi, lavoro e eventuali problemi di salute, che concludiamo chiedendo quale sia stata la fase più bella della sua vita, poi il momento più brutto. Chiediamo quindi ai genitori una breve descrizione della loro storia di coppia. Passiamo alle biografie dei figli, raccolte allo stesso modo, e nel contempo verificiamo come i genitori sono in grado di dare una descrizione/ritratto dei loro figli. Il secondo incontro di condivisione della storia familiare è basato sulla descrizione delle due famiglie di origine. Ai genitori chiederemo dell'atmosfera vissuta nella loro famiglia quando avevano l'età dei loro figli presenti in seduta, poi approfondiremo con qualche domanda tratta dall'AAI: "a chi si rivolgeva in un momento di difficoltà?", "quale relazione con la madre e della madre con lei?", "quali aggettivi possono descrivere suo padre con lei?". I figli saranno più spettatori in questo incontro, ma chiederemo loro qualche impressione su nonni, zii, cugini e la relazione con loro. La successiva seduta, nella nostra procedura, segna l'inizio della terapia familiare in équipe e vede quindi entrare in campo il coterapeuta preannunciato, dello stesso livello gerarchico del primo conduttore. Prevede perciò un'attenta lettura preparatoria di tutto il materiale emerso nei primi tre/quattro incontri di presa in carico: alla lettura e alla discussione di questo materiale dedichiamo un'ora di preseduta. Il principale cambio di registro

è dato dall'autorizzarsi ad iniziare un'esplicita indagine sulla storia e il presente di tutte le relazioni nella famiglia nucleare. Tecnica chiave della conduzione: indagare la reazione dei figli alle sofferenze/difficoltà dei genitori (separazione, lutti, malattie, crisi personali, ecc.). Le sedute di presa in carico ci hanno però già fornito due importanti ordini di elementi: 1. Nel qui e ora le loro reazioni alle nostre eventuali prime prescrizioni/ suggerimenti 2. Nella storia le tante informazioni che abbiamo raccolto. Potremo quindi decidere se la nostra attività/direttività nella conduzione sarà guidata da un'IPOTESI SISTEMICA o da un TRATTO DI PERSONALITÀ, del paziente o di un genitore. Infatti, nei precedenti colloqui di presa in carico si determinano tipicamente tre tipi di situazioni: 1) un'ipotesi sistemica sulla scomodità della posizione del paziente designato appare subito evidente e ci consente di essere molto prescrittivi con buoni risultati immediati, come nel caso di Teresa già citato. Non sono poche le terapie familiari nelle quali già nelle primissime sedute emerge un'ipotesi sistemica importante, che spesso ruota su temi di iperresponsabilizzazione e inversione dei ruoli del paziente designato. Non è un caso che i paradossi degli anni Settanta facessero leva sul sacrificarsi del paziente per i suoi familiari. Il riconoscimento di questa realtà sistemica può essere un potente fattore di cambiamento senza bisogno di "travestimenti" provocatori o paradossali. Così avvenne da subito nel caso di Teresa. Questo è il vero fattore di brevità delle terapie familiari. Purtroppo, in più di 2/3 dei casi non abbiamo questa semplice autostrada da percorrere: la più frequente alternativa è quella (minuchiana) di far entrare in gioco un padre per allentare l'eccessivo invischiamento del figlio/a paziente

con la madre. 2) una seconda via che spesso percorriamo è quella di individuare un'importante e misconosciuta patologia di un genitore, un suo tratto disfunzionale di personalità. Questa strada richiede tempo e pazienza, ma è comunque una guida importante.

Citiamo come esempio la terapia chiesta da due coniugi, genitori di cinque figli. Il più piccolo, di otto anni, ci viene inviato dalla psicomotricista che lo ha in cura da qualche anno per oppositività e mancato rispetto delle regole a scuola (va detto che il bambino è superdotato e a scuola si annoia). I figli maggiori sono sprezzanti verso il fratellino, che fa il matto e gli fa fare delle pessime figure, ma è soprattutto il padre, manager di altissimo profilo, campione sportivo, idolatrato dal figlioletto, che lo tratta con bruciante disprezzo facendolo vergognare. In una seduta la madre chiede al marito un regalo per il suo prossimo compleanno: che faccia una terapia personale con uno di noi, perché la sua arroganza è pesante per tutta la famiglia, anche per lei. Sconcertato, l'uomo accetta: purché le sedute si limitino a tre. uno dei terapeuti gli dà un appuntamento, chiarendo come un disturbo narcisista spesso non comprometta il benessere di chi ne è portatore, quanto di chi gli sta intorno. Al primo appuntamento l'uomo (che fortunatamente quando vuole è simpatico e spiritoso) dice al terapeuta: "io credevo di essere l'uomo più fortunato del mondo, invece lei lo è più di me". "E perché?" "perché lei non ha ancora fatto niente, e mio figlio è già migliorato". Non è difficile farlo convenire che per il piccolo, considerato il matto di casa, sapere che anche il padre va dallo psicologo è un sollievo significativo. La terapia durerà ben di più dei tre colloqui concessi.

3) Nei casi restanti non ci sono evidenze così forti e dobbiamo lavorare con ipotesi o tratti che non sono così palesemente collegati al sintomo, ad esempio quel bambino è stato troppo delegato ai nonni, quindi... oppure vediamo qualcosa di disfunzionale nella personalità di un genitore, certo collegabile con le difficoltà con il figlio, ma sulla quale

dobbiamo procedere con prudenza per evitare irrigidimenti difensivi. Il tema della rapidità dei cambiamenti può essere collegato anche ad un'altra evenienza: le prime sedute familiari spesso favoriscono sia una costruttiva espressività di un figlio/dei figli, sia una spontanea autocritica di un genitore. Si parte subito bene, con un bel clima di disponibilità al cambiamento. L'esatto contrario di quando i familiari si aggrediscono a vicenda! Naturalmente non sempre tutto procede così liscio, per esempio per il rifiuto di un membro della famiglia a intervenire, classicamente il paziente stesso, oppure per l'accesa conflittualità tra il figlio e uno dei genitori, che rende inopportuno convocarli assieme fin dalle prime sedute e dobbiamo quindi modificare i formati standard. Rimandiamo per approfondire questo tema al nostro lavoro già citato (2016).

2.3 FLESSIBILITÀ DELLE PROCEDURE NELLA DOMANDA FAMILIARE. LE VARIANTI DEL PRIMO COLLOQUIO STANDARD

Abbiamo già trattato il tema del primo colloquio di presa in carico, con la proposta della procedura standard della seduta genitori /figlio paziente designato. La più frequente variante è data dal valutare opportuno un primo colloquio con i soli genitori. Questo principalmente in tre situazioni:

- 1) Quando ci viene esplicitamente chiesto da genitori che vogliono valutare insieme con noi l'opportunità di un percorso familiare. Sarà naturale accettare la richiesta, pur facendo presente che iniziare insieme con il paziente designato, sin dal primo incontro, presenta il vantaggio di creare il clima collaborativo e collettivo del valutare insieme con lui/lei

questa opportunità di terapia. Al contrario l'essere venuti per primi i genitori da soli potrebbe generare diffidenza nel figlio/a.

2) Quando i genitori hanno una domanda sufficientemente condivisa, ma tra loro è presente una forte tensione che rischia di disturbare un incontro finalizzato all'ascolto del paziente designato, specie se questi non è richiedente. Una variante di questa controindicazione all'incontro iniziale congiunto si presenta quando un genitore è fortemente squalificante/denigratorio nei confronti dell'altro.

3) Quando i genitori sono in dissenso sulla domanda stessa ed un genitore porta l'altro per convincerlo a partecipare.

Si presentano poi situazioni in cui il formato standard non è praticabile perché:

1) il paziente è in una posizione di totale rottura verso uno dei due genitori. Dobbiamo allora inventarci dei formati che siano utili e praticabili.

Ad esempio, Carlo, un diciottenne in grave crisi (seri comportamenti impulsivi, autolesivi, aggressivi e provocatori) rifiuta la seduta congiunta con il padre e fa pressione sulla madre perché si separi. Chiede però una sua terapia, ma indipendente dalla presa in carico dei genitori. Iniziamo allora un lavoro con la coppia genitoriale che rapidamente mette in luce una storia di importante malessere del padre, collegabile alla crisi della sua relazione con il figlio e allo stesso malessere del ragazzo. Uno di noi prende allora in carico il padre e parallelamente la mamma viene vista

individualmente da un altro membro dell'équipe. Proponiamo l'esperimento relazionale di una uscita di casa del padre. Il terapeuta del padre si avvale di allargamenti con i suoi migliori amici e con un fratello, sia per sostenerlo nella difficile esperienza della separazione di prova, sia per avere utili illuminazioni sul suo funzionamento. Anche vedere insieme i genitori, in co-terapia/co-conduzione si rivela molto utile. Resta aperto il problema della collaborazione con il collega terapeuta individuale, esterno alla nostra équipe. In un caso analogo, non solo la ragazza rifiuta di vedere il padre (che ha persino denunciato) ma anche il padre rifiuta le sedute con la ex moglie che vive con la ragazza. Nella flessibilità dei formati dovremo essere ancora più creativi!

2) Quando un genitore è totalmente indisponibile perché troppo ostile all'altro coniuge o al paziente stesso, oppure compromesso da un grave disturbo psichiatrico. Ovviamente cercheremo di lavorare con la parte richiedente della famiglia.

3) Il caso più frequente: il figlio è così sofferente da rifiutare ogni tipo di terapia.

Questa comunissima evenienza pone il delicato problema clinico di quale lavoro con la famiglia ed i suoi singoli membri possa avere una positiva ricaduta sul paziente grave ostile e negazionista.

4) Quando i colloqui familiari sono complicati perché possono scatenare pesanti conflitti che sfociano in violenza verbale e fisica. Questo ci costringe a procedere mantenendo formati separati per i familiari che rischiano di entrare in furie fuori controllo.

2.4 I COLLOQUI INDIVIDUALI NEL CORSO DI UNA CONSULTAZIONE FAMILIARE

Per i primi tre o quattro colloqui di presa in carico è sufficiente la conduzione di un terapeuta esperto. Successivamente diviene essenziale la co conduzione che abbiamo descritto. Ma raramente il formato congiunto in co conduzione con la famiglia nucleare si rivelerà efficace per più di quattro o cinque incontri. Molto più frequentemente diventerà presto evidente l'utilità di esplorare e poi utilizzare altri formati.

Riprendiamo il già citato caso di Teresa, la ragazzina dedita alla cura di suo padre. Dopo tre sedute congiunte decidiamo di congedare il padre dalla terapia familiare, in quanto troppo sofferente per poter esercitare la funzione paterna, gli offriamo il sostegno terapeutico di uno dei due co-terapeuti. Le sedute familiari si riveleranno utili perché aiutano la mamma e Teresa a sentire la vicinanza della sorella e del fratello, che vivono in un'altra città, e si dimostrano efficaci anche perché consentono alla ragazza di esprimere pensieri e sentimenti che non riesce a condividere in altri contesti relazionali. Teresa ha da anni in corso una terapia individuale, per ogni seduta familiare ci coordiniamo/aggiorniamo con la collega. Dopo due anni di terapia la ragazza ha fatto notevolissimi progressi, ma ecco che ritorna un difficile momento di ritiro depressivo. In équipe decidiamo che, prima di riconvocare la famiglia, è opportuno che uno di noi veda individualmente la ragazza, il coordinamento in équipe esterna con la collega non ci basta, sentiamo il bisogno di uno spazio più diretto di ascolto ed immedesimazione con la ragazza. È evidente che molti temi delicati non possono essere trattati in un contesto familiare. La seduta individuale sarà di grandissimo interesse. È questa

una delle osservazioni cliniche più rilevanti che vogliamo condividere con questo articolo. Vedere individualmente un paziente che conosciamo bene, per aver lavorato con lui in varie sedute familiari, è un'esperienza quasi sempre molto significativa. Sappiamo di lui/lei tanto, abbiamo anche dentro tante domande e tanti dubbi rimasti inevasi. Ne uscirà un'intensa esplorazione di vergini territori personali e relazionali, e con questo un netto rafforzamento dell'alleanza terapeutica.

Vedere per la prima volta individualmente un nuovo paziente, versus vedere un paziente durante una consultazione familiare, sono due esperienze emotivamente e cognitivamente molto diverse. Questi approfondimenti individuali durante un lavoro familiare non conducono necessariamente ad una terapia individuale parallela, questa è solo una delle possibili evoluzioni del trattamento. Molte volte si tratta solamente di un approfondimento che rafforza il nostro lavoro con tutta la famiglia. Questa logica di approfondimento della nostra multiparzialità (Boszormenyi-Nagy, Spark, 1973) vale anche per colloqui individuali con singoli genitori o fratelli/sorelle: inizio di un percorso individuale o, più spesso, approfondimento ed arricchimento delle nostre valutazioni ed interventi.

Risulterà quindi evidente come sarebbe davvero pericoloso che un terapeuta facesse tutto questo da solo, come talvolta abbiamo sentito raccontare, e di solito in termini poco lusinghieri... Un terapeuta che lavora da solo inevitabilmente dovrà ridurre la complessità, sceglierà di privilegiare un membro della famiglia, e potrà al massimo contare su degli allargamenti. Su questo punto siamo ancora della stessa idea di Mara Selvini Palazzoli fin dagli anni Settanta, tema sul quale non ha mai

cambiato idea: neanche il più esperto dei terapeuti può lavorare da solo con la domanda familiare, rischia di essere sopraffatto e travolto. Il lavoro con un doppio terapeuta è molto efficace per il sostegno reciproco che i due co terapeuti possono darsi costantemente, sulla base dei loro vissuti e pensieri con le stesse persone, in tempi immediati, senza attendere la data di un'eventuale supervisione (Selvini, Selvini Palazzoli, 1989).

Le famiglie fanno fatica ad accettare di avere due terapeuti, trovano spesso la proposta inconsueta e costosa, tuttavia, superato lo sconcerto iniziale, si sentono molto confortati e rassicurati dall'essere seguiti da un'équipe, come mostra la ricerca di Morosini (2010).

Vediamo un altro esempio, emblematico dell'efficacia della conduzione di due terapeuti che lavorano prevalentemente con formati individuali paralleli, come nel caso di Carlo citato poco sopra.

Prendiamo in carico la famiglia di un'anoressica cronica, su invio della sua stessa terapeuta individuale. Tuttavia, già nel corso dei colloqui di presa in carico la paziente si dimette dalla terapia familiare, invitando i genitori a curarsi loro senza di lei, che continuerà con la sua terapeuta. Non siamo molto contenti, ma ci tocca fare buon viso a cattivo gioco...Questi poveri genitori devono anche accollarsi un lungo viaggio per venire a Milano, città dove la figlia vive e studia. Le prime sedute con la coppia genitoriale saranno molto difficili, per le classiche accuse incrociate tra i due. Per fortuna abbiamo la possibilità di perseguire un obiettivo di cambiamento strutturale molto semplice e classico: rimettere in gioco un padre fino ad allora totalmente squalificato da tutti, in primis da se stesso! Per ottenere questo cambiamento si rivelerà prezioso vedere i genitori separatamente, uno di noi il padre, un altro la madre.

Nel setting individuale riusciamo finalmente a mettere a tema come, e in che direzione, ciascuno di loro può provare a cambiare, sia come genitore che come partner. Le sedute di coppia finivano per facilitare la tipica attribuzione all'altro di tutte le colpe. Alimentavano involontariamente anche molta confusione e discorsi inutili. Invece le sedute individuali sono più chiare e meglio strutturate: ogni seduta individuale viene preparata leggendo non solo il verbale della seduta precedente, ovviamente, ma anche il verbale della seduta dell'altro. Ogni tanto ci ritroviamo tutti e quattro insieme, vuoi per fare un bilancio della situazione, vuoi per discutere di un'emergenza riguardante le figlie. I risultati saranno davvero notevoli! Infine, vogliamo brevemente trattare il formato sicuramente più efficace nella domanda familiare per un adolescente o giovane adulto. Praticabile quando abbiamo la fortuna di un paziente designato richiedente, e capace di usare costruttivamente sia il formato familiare che quello individuale. Ecco allora che poter alternare sedute familiari ed individuali è molto importante: le sedute familiari producono eventi e pensieri

che verranno approfonditi nelle sedute individuali. Nelle sedute individuali riflettiamo su quali temi discutere nelle sedute familiari. I due co terapeuti occuperanno i due ruoli: l'uno di terapeuta familiare/genitoriale, l'altro di terapeuta individuale e co terapeuta familiare e genitoriale. Le sedute individuali saranno infatti condotte da un solo terapeuta, come nelle altre esperienze qui sopra descritte, le sedute familiari saranno invece co condotte dai due terapeuti co presenti nella stanza di terapia.

A proposito di flessibilità potremmo aggiungere che la co terapia è essenziale nelle prime sedute di consultazione. Quando un lavoro familiare si prolunga nel tempo, con obiettivi ben chiari, un unico conduttore può tornare ad essere sufficiente.

3. Flessibilità delle convocazioni e sistemi diagnostici dell'attaccamento e della personalità

3.1 INTRECCIO TRA TEORIA E PRASSI TERAPEUTICA

Allorché noi tre autori di questo scritto, allora appena trentenni, ricevemmo l'invito ad entrare nell'équipe di Mara Selvini Palazzoli, madre di uno di noi e insegnante universitaria di tutti e tre, l'onore ricevuto si accompagnava alla consapevolezza dell'asimmetria delle rispettive esperienze e competenze, per cui per un tempo piuttosto lungo rimanemmo esclusivamente in una posizione di allievi che si limitavano entusiasticamente ad apprendere. Ma la lungimiranza della Selvini la spinse a tenerci con sé, ricevendo assieme le famiglie in trattamento, solo per metà della settimana, incoraggiandoci a trovare un nostro ambito professionale autonomo, in modo da poter arricchire il pensiero dell'équipe anche con i nostri contributi; così Sorrentino approfondì il proprio interesse per l'intervento riabilitativo e terapeutico con i bambini disabili e le loro famiglie, Cirillo trasferì l'applicazione dell'approccio sistemico al campo sociale, incontrando prima le famiglie affidatarie e poi, sull'altro lato della barricata, quelle maltrattanti inviate dal Tribunale,

Matteo Selvini si dedicò alla psichiatria di territorio e al tema della cronicità. Sulla strada della complessità, facendoci guidare da Morin (1985), cominciammo a proporci nell'équipe il problema di come integrare le riflessioni e i dubbi che nascevano dalle nostre esperienze lavorative, maturate in contesti assai differenti da quelli di uno studio privato, quale quello della Selvini Palazzoli. In questi contesti, che si occupavano come abbiamo detto di famiglie svantaggiate, carenzianti e maltrattanti, o di cronicità psichiatrica, o di gravi disturbi dell'età evolutiva, noi giovani terapeuti faticavamo a sposare fino in fondo l'assunto sistemico secondo cui ogni membro è attore paritario del gioco sistemico, capace come tutti gli altri di determinarne l'equilibrio. Le nostre resistenze nascevano dal continuo confronto tra il potere adulto e la mancanza di margini di libertà dei soggetti traumatizzati, gravi e/o in età evolutiva che, contrariamente alla teoria della causalità circolare, ci apparivano soprattutto vittime di dinamiche familiari che li penalizzavano. D'altra parte, ci diveniva sempre più evidente entrare dalla porta trigenitoriale: i brevi cenni che raccoglievamo sull'infanzia degli adulti delle famiglie che ricevevamo aprivano in noi vissuti più empatici che giudicanti, nonostante apparisse incontestabile la loro incompetenza genitoriale. Queste osservazioni sulla porta trigenitoriale ci portarono ben presto ad interrogarci sul perché continuasse inesorabilmente la trasmissione di stati di sofferenza psichica da una generazione all'altra. Il tema dell'attaccamento che era stato proposto da Bowlby, ci sembrò una risposta all'osservazione di questi dati. Cirillo e Sorrentino che si occupavano di infanzia lo introdussero così nelle discussioni d'équipe. Il confronto fu acceso perché la diade allevante/allevato, come già

accennato, sembrava contraddire il postulato che la dimensione dell'osservazione dovesse essere almeno triadica, fondamento della prospettiva sistemica. Facile fu tuttavia lasciarsi guidare dalla clinica ed integrare le varie diadi (ciascun genitore con ciascun figlio, ciascun genitore con il coniuge, ogni coniuge con ciascuno dei propri genitori, ogni coniuge con ogni genitore dell'altro...) in una dimensione più che triadica sul piano intergenerazionale. La rigidità della teoria lasciò così il posto ad una dimensione più esplorativa e ricca che permise una prassi innovativa nell'uso delle convocazioni e nella valorizzazione delle risorse dell'équipe terapeutica.

3.2 IL CONTRIBUTO DELLA TEORIA DELL'ATTACAMENTO AL PROCESSO DIAGNOSTICO

Gli studi sull'Attaccamento fanno riferimento ad uno schema teorico semplice, che si radica nella nostra natura evolutiva di specie sociale. Tenuto conto che pochissime specie (Wilson, 2019) presentano caratteristiche come la nostra, in cui sacrificarsi per i conspecifici, al di là del proprio diritto riproduttivo, è considerato una strategia vincente, l'Attaccamento rappresenta quell'impulso a chiedere, e ottenere, una protezione che permetta una soddisfazione dei bisogni sia del piccolo che della figura allevante, la quale realizza così il proprio impulso generativo. L'osservazione e le ricerche iniziate da M. Ainsworth, e proseguite fino ad oggi con moltissimi contributi, hanno guidato l'attenzione dei clinici sull'argomento. È infatti apparso chiaro che i Modelli Operativi Interni

(MOI) costituiscono gli “occhiali” con cui vediamo noi stessi, gli altri e il mondo. La diagnosi dell’attaccamento diventa la premessa di una diagnosi della personalità. Questi orientamenti fondamentali orientano anche le modalità dell’incontro terapeutico, come del resto di qualunque realtà interpersonale. Conoscere quindi la deformazione di questi occhiali e tenerne conto, rappresenta una importante guida per il terapeuta. Egli non cadrà, ad esempio, nell’illusione di aver ottenuto un facile affidamento in presenza di un soggetto dalla matrice ambivalente, ma attenderà prudentemente, preparandosi all’attacco, più o meno celato, che questi gli riserverà prima o poi. La sensazione di stanchezza e inutilità stimolata dai clienti evitanti ci predisporrà alla pazienza e non all’irritazione, sapendo bene che quel soggetto ha bisogno di tempo per sviluppare fiducia. Non offriremo perciò sedute ravvicinate all’evitante, né cederemo alle ansiose richieste dell’ambivalente, lasciandoci trascinare in procedure che non siano attentamente pensate (Berrini, Sorrentino, 2011). La consapevolezza degli occhiali dei nostri interlocutori ci predispongono a considerare la presenza di “lenti” soggettive anche in noi stessi, aiutandoci ad incontrare l’altro umilmente nella nostra comune umanità, considerando noi stessi e i nostri vissuti, come più oltre verrà illustrato, parte integrante del progetto terapeutico. Il terapeuta sistemico, perciò, inizierà a ricostruire le vicende della vita del paziente e dei suoi cari, utilizzando questa bussola per cercare connessioni con le vicende fortunate o dolorose dei suoi interlocutori, al fine di ricostruire e condividere il senso degli intrecci che condizionano le loro vite. Gli attaccamenti di matrice ansiosa molto diffusi nella popolazione in generale, viceversa nella popolazione clinica nettamente più frequenti

appaiono quelli disorganizzati, spesso in relazione con traumi infantili che colpiscono direttamente il bambino o la figura di attaccamento, occupandone la mente e distaccandola dai suoi compiti di sintonizzazione. Il nostro lavoro ci è parso spesso simile a quello di un elettricista, chiamato a riparare un circuito elettrico. Gli viene mostrata una lampadina ed un interruttore che, azionato, non produce alcuna accensione: il tecnico non vede il filo che corre dentro la parete, ma sa che c'è. La lampadina che non si accende può essere rotta, o può esserlo l'interruttore, ma è spesso sul filo nascosto che c'è il problema; il filo nascosto è collegato all'impianto e risente dei guasti di esso. Nel nostro lavoro indagare sull'impianto richiede una disponibilità ad approfondire percorsi di vita articolati, sia ricostruendo la vita del paziente attraverso i suoi ricordi, sia appoggiandoci alle testimonianze delle figure allevanti, quando trattasi di importanti disagi che affondano le loro radici nel passato remoto spesso inaccessibile al paziente stesso. Questo comporta una molteplicità di risorse nell'équipe terapeutica, dove uno dei componenti si dedica ad approfondire i vissuti dei pazienti e un altro a quelli dei genitori, o di un genitore, aprendosi all'incontro intimo che meglio si sperimenta nella dimensione individuale. Abbiamo vissuto una fase di piacevole libertà quando abbiamo abbandonato le nostre rigidità "olistiche", trovando utile ridurre l'équipe terapeutica (precedentemente composta sempre da tutti e quattro noi, quando era necessario investigare i fenomeni patologici intrafamiliari, e più avanti da tre, anche per non gravare troppo sui costi) a solo due terapeuti, i quali, dopo le prime tre/quattro sedute congiunte e una/due dedicate al sottosistema genitoriale e alla fratria, se c'è, possono incontrare individualmente i

singoli membri secondo ciò che appare più promettente, il paziente, l'uno e/o l'altro genitore, un fratello...Procediamo così con una navigazione a vista, ma non senza una mappa che fondamentalemente fa riferimento ai MOI dei nostri interlocutori, alle loro modalità difensive che danno forma ai tratti delle loro personalità. Questi naturalmente non rappresentano la totalità dei dati presenti nella mappa. Gli eventi di vita, le risorse individuali, gli incontri lesivi o riparativi, i traumi, i successi o le frustrazioni, tutto ciò che attraversa la nostra esistenza di esseri umani deve esser tenuto in conto e costruisce una consapevolezza metacognitiva che ci guida, come una mappa appunto, a comprendere noi stessi e i nostri interlocutori. Sottolineo il “noi stessi” perché le risonanze coi vissuti dei pazienti ci sono sempre sembrate un'importante traccia orientativa per muoverci nella mappa di cui stiamo parlando. Nel progetto terapeutico, quindi, sono ora ipotizzate sedute individuali per chi è in grado di trarne profitto, per ritornare poi alle sedute congiunte o alla messa a punto del percorso con i due genitori. Nel caso di genitori separati, il formato prevalente è quello di ciascun genitore con i figli, o con il figlio paziente. Così nella terapia le “infanzia infelici” di ciascuno (Cancrini, 2013) vengono accolte, prese in carico con modalità riparative, e orientate al cambiamento, finalizzato al raggiungimento degli scopi per cui siamo stati consultati. La dimensione terapeutica è molto modificata rispetto al passato: non prevale la neutralità, ma la vicinanza empatica a tutti i soggetti coinvolti. I membri dell'équipe terapeutica si scambiano le valutazioni ed i vissuti, ricomponendo il puzzle di ciò che è accaduto in un costrutto di senso. Facciamo un esempio.

Viene in consultazione una famiglia della borghesia di provincia con un ragazzo che frequenta il liceo scientifico con scarsi risultati a causa di un disturbo ossessivo compulsivo che lo obbliga a rituali di controllo frequentissimi, quali verificare che il cellulare sia in tasca, pulirsi gli occhiali ecc.

È in trattamento individuale da tempo senza grandi risultati. Un intervento farmacologico a dosi crescenti è stato sospeso dalla neuropsichiatra perché i sintomi non recedevano. Figlio secondogenito, ha un fratello maggiore di un anno con diagnosi di autismo, orgoglio della madre, che ha presieduto alla sua riabilitazione con ottimi risultati. La coppia genitoriale si è separata quando il nostro Federico aveva due anni o poco più, con una separazione conflittuale i cui strascichi proseguono tutt'ora. Alla prima seduta familiare, dopo i colloqui preliminari di accoglienza gestiti dal solo Cirillo secondo la prassi descritta più sopra, vengono convocati i genitori e i due fratelli: Sorrentino resta colpita, entrando in seduta la prima volta come coterapeuta, di come appaiano evidenti due coppie: la madre e il figlio autistico, biondi con occhi chiari, aperti e comunicativi (un paradosso, trattandosi di un paziente autistico con evidenti limiti!) e il padre con Federico, minuti, scuri di capelli, difesi, piuttosto distaccati nell'espressione. Federico è riferito essere sprezzante verso la madre, bella donna impulsiva, con una professione prestigiosa dello stesso livello di quella dell'ex marito. Il ragazzo a casa la insulta, e confligge in modo immaturo con le ultime figlie della donna, due bambine di dieci e nove anni, avute da un legame successivo, pure fallito. Federico è sempre vissuto coi fratelli in casa con la madre, visitando il padre nei tempi prescritti insieme al fratello maggiore. Non appare un coinvolgimento affettivo o una elezione particolare di Federico nei confronti del padre, né una stima di quest'ultimo per l'unico figlio "adeguato". È evidente solo il conflitto del ragazzo con la madre, anche se Federico rivendica la sua linea ereditaria rispetto al padre, rifiutando per esempio alle sorelline la possibilità di fare un bagno nella piscina della casa di vacanze

del padre, affermando che portano un altro cognome. Il padre non lo ridimensiona e sottilmente lo approva, nonostante le reazioni critiche della ex moglie presente alla scena. Dopo le prime sedute congiunte, che conduciamo insieme, constatando il malessere del ragazzo, concludiamo proponendo che Federico si trasferisca a casa del padre per qualche tempo, sospettando un suo coinvolgimento sotterraneo nel conflitto coniugale. Ci aspettiamo una resistenza paterna e perciò offriamo al padre una seduta individuale per sostenerlo nel compito. Contrariamente alle attese la seduta individuale apre in Sorrentino, suo interlocutore, ed in lui, la nascita di una apertura positiva. Piano piano sostenuto e compreso, quest'uomo che inizialmente pareva odioso, si affida. Il ragazzo rimane col padre stabilmente e questi gli si dedica nel tempo libero, cercando di condividere con lui gli interessi del ragazzo, che - per quanto infantili, - aprono ad una riflessione psicologica condivisa sia sulla storia di Federico sia su quella del padre stesso. Alternando un percorso individuale a sedute padre/figlio, la reciproca sintonizzazione migliora nettamente. Parallelamente Cirillo vede individualmente la madre, che accetta di buon grado, come ci attendavamo visto il suo funzionamento più dipendente, ma ci nasconde il nucleo nascosto da cui si origina l'ostilità del figlio, fino a quando non sarà lui a rivelarcelo in una seduta congiunta con lei. Depressa, sola e sovraccarica, alla fine della giornata abusa da anni di alcool fino all'ubriachezza, negandolo al ragazzo per anni. In questa condizione Federico si sente angosciato e fantastica di dover in futuro provvedere al fratello problematico e alle sorelle, oltre naturalmente a temere per la salute della madre stessa, che spesso perde coscienza. I sintomi ossessivi si diradano, pur senza scomparire, sostituiti da prolungati periodi di inattività in cui non si concentra nello studio, con il conseguente crollo dei risultati scolastici prima brillanti, ma il padre riconosce le tracce dell'ossessività del ragazzo nel proprio funzionamento giovanile controllante e scarsamente affettivo, ed il figlio ne parla come espressione di suoi timori di tornare indietro al tempo in cui solo, con un

padre assente e opprimente nelle sue richieste di prestazioni scolastiche e sportive, e una madre bisognosa e lamentosa, si intrappolava nei suoi pensieri di morte e nei rituali ossessivi che li tenevano a bada.

Tutti i genitori sono in grado di sintonizzarsi sui bisogni dei figli solo se il rumore di fondo dei propri bisogni non risulta assordante. Il terapeuta ha dunque il compito di ascoltare e poi silenziare le grida del bambino che abita nell'adulto incapace di svolgere i suoi compiti allevativi (Powell et al, 2014)

.

3.3 LA PORTA DELLA PERSONALITÀ

In passato si rifuggiva dall'uso diagnostico dei tratti della personalità poiché essi sono stati a lungo abusati per etichettare i pazienti come se rappresentassero un giudizio senza appello. Il terapeuta utilizzava queste definizioni come caratteristiche identificative della persona. Dalla fine degli anni '90 in poi con la pubblicazione di *Ragazze anoressiche e bulimiche* (Selvini Palazzoli et al., 1998) invece, ci siamo resi conto che la diagnosi di II Asse del DSMIV poteva essere guardata come una descrizione di percorsi evolutivi e di allevamento che davano ragione a noi e ai pazienti dei motivi per cui un soggetto presentava tale organizzazione difensiva. Fummo ispirati in questa direzione dagli scritti di Lorna Benjamin (1996, 2003). La diagnosi di personalità non è infatti altro che un "cassetto" di un classificatore collocato nella mente del terapeuta dentro al quale sono catalogati storie di crescita insoddisfacenti, traumi e carenze, che richiedono di essere esplorati e rivisitati così da rendere possibile un loro superamento (Selvini, 2008, 2018).

Riprendiamo l'esempio della famiglia di Federico per mostrare l'uso di questi cassette.

La personalità del padre di Federico, caratterizzata da uno stile evitante con importanti aspetti narcisistici di superiorità e distanza, si origina in un allevamento doveristico, privo di significative risposte affettive. Il suo funzionamento ce lo faceva apparire inizialmente come poco disponibile per il figlio. Da questo, la scarsa empatia della terapeuta verso di lui e l'invito al ragazzo di testare la sua scarsa sensibilità vivendo assieme per un certo periodo. Proprio l'ascolto individuale, benevolo e contenente, ha invece favorito in quest'uomo una maturazione genitoriale, passata attraverso il ricordo di un legame con la nonna paterna da cui si rifugiava da ragazzo, sicuro di essere accolto anche quando "faceva il cattivo". Questa esperienza affettiva gli ha fatto identificare l'opportunità di mettere tra parentesi i numerosi attacchi passivo-aggressivi del ragazzo, riconoscendo in sé quel seme di pazienza che in passato aveva goduto a propria volta. Dal canto suo la madre di Federico, che si colloca invece su un versante dipendente, pur provando vergogna per la rivelazione del figlio, esce rapidamente dalla negazione dell'alcolismo grazie ad un'accoglienza che sente supportiva e non giudicante. Così accetta l'indicazione di riprendere la presa in carico al Servizio territoriale di alcologia per un percorso sulla dipendenza, malgrado il timore del giudizio sociale nella piccola realtà di provincia dove ha un ruolo lavorativo in vista, continuando in parallelo le sedute con Cirillo per il suo rapporto col figlio. Entrambi i terapeuti, Sorrentino e Cirillo, si alleano con i colleghi, sia la psicologa Servizio di alcologia, sia lo psicoterapeuta individuale di Federico, dando vita ad una rete di collaborazioni efficaci. Il lavoro in équipe consente di ricostruire i percorsi evolutivi familiari con interessanti sviluppi: infatti è facile intuire cosa avesse legato la coppia coniugale, la quale, pur separata e in presenza di nuovi partner (che vengono invitati in alcune sedute), presenta tuttora un coinvolgimento irrisolto. La signora, che

proviene da un rapporto idealizzato con il proprio padre, idealizzazione messa in crisi dalla scoperta di una relazione extraconiugale di lui, che lo conduce ad abbandonare la famiglia, sperava di ricevere un contenimento dalla razionalità fredda e efficiente del compagno, che in cambio le chiedeva quel calore, mai ricevuto dai genitori e precocemente perso dopo la morte della nonna, di cui aveva nostalgia. Le nascite ravvicinate di un bambino seriamente disabile e di un secondo gravemente prematuro, concomitanti con la morte di entrambe le nonne, paterna e materna, mette irrimediabilmente in crisi la coppia, che si separa malamente. Restituire a Federico la consapevolezza delle difficili vicende attraversate dai suoi genitori può aiutare una sua maggior lucidità empatica sul proprio destino e su quello del suo legame coi genitori, difendendosi dalla inconsapevole istigazione sia del padre che della madre contro l'altro genitore, radicata nella reciproca delusione delle aspettative. A volte, infatti, Federico pare rivolgersi alla madre come facesse il verso del padre severo e giudicante, mentre in altri momenti mette in atto resistenze passive e rivendicazioni infantili con il padre, che richiamano le richieste immature e infantili di lei verso l'ex coniuge.

La mente collettiva dell'équipe si sforza di seguire questa ramificazione nel percorso di presa in carico, contando su un'alleanza multipla che abbrevia i tempi di lavoro, su una conduzione attiva delle sedute e su uno scambio costante delle informazioni.

4. Dallo specchio unidirezionale alla co-conduzione

Noi tre abbiamo cominciato a lavorare con Mara Selvini Palazzoli nel 1982 utilizzando lo specchio unidirezionale, con un solo terapeuta in seduta, mentre gli altri tre stavano dietro lo specchio. La precedente idea

dell'équipe di *Paradosso e controparadosso* (1975) di avere in seduta due terapeuti che incarnassero un modello di buona collaborazione era stata abbandonata a favore della migliore direttività consentita dall'aver in seduta un unico conduttore, attentamente guidato dai supervisori dietro lo specchio, anche attraverso telefonate, ma soprattutto grazie a frequenti intervalli per confrontarsi, che inizialmente soprattutto servivano a Mara per darci delle istruzioni. Questo formato del setting terapeutico, che abbiamo vissuto per più di trent'anni (Selvini, Selvini Palazzoli, 1989), si è dimostrato estremamente utile per la nostra formazione ai metodi della conduzione delle sedute familiari, ed è infatti il metodo fondamentale che abbiamo sempre utilizzato nella formazione dei nostri specializzandi della scuola di psicoterapia: far loro vedere le nostre sedute da dietro lo specchio (oggi magari su Zoom...) nei primi anni della loro formazione, supervisionarli direttamente in seduta (interrompendo il colloquio con intervalli di dibattito) negli ultimi due anni.

Questo primo funzionamento della nostra équipe ci è stato utile anche per tenere vivo ed unito un gruppo di ricerca: infatti l'aver in mente e vivere collettivamente tutti i casi ci ha aiutato a pensare davvero insieme, a scrivere tanti libri e articoli che erano davvero opera comune, come questo che state leggendo. Ma un rovescio della medaglia c'è sempre stato: presentare ai pazienti frettolosamente uno o più professionisti che poi sparivano dietro lo specchio ha sempre avuto qualcosa di misterioso e sgradevole, quel senso di essere osservati e spiati non è mai sfuggito all'ovvia analogia con gli interrogatori di polizia visti tante volte al cinema. È stato indubbiamente vero che gli osservatori dietro lo specchio potevano avere delle buone idee e quindi gli intervalli delle sedute

producevano spesso ottime iniezioni di vitalità nella terapia. Ma non eravamo proprio sicuri che non avrebbero avuto le stesse buone idee anche se fossero stati nella stanza, mentre sempre più spesso accadeva che il supervisore dietro lo specchio si sentisse poco utile e si distraesse. Con il passare degli anni abbiamo capito che il dispositivo dello specchio era coerente con terapie brevi ed interventiste, mentre diventava controproducente se la priorità diventava quella della costruzione dell'alleanza terapeutica a partire dall'ascolto della sofferenza di tutti. Indubbiamente stare in due in seduta, quali co-conduttori paritari, imprime alla seduta più intensità ed impatto. Può indubbiamente accadere che i due conduttori si tolgano la parola e seguano piste diverse, ma non è davvero un problema, uno dei due lascerà il passo all'altro, per poi riprendere appena possibile quello che aveva in mente. Proprio questa doppia conduzione rende appunto più piena ed intensa la seduta. Ma soprattutto la co-conduzione facilita molto quella flessibilità dei formati di cui parliamo in questo articolo.

Diventa infatti molto facile proporre che ognuno dei due terapeuti veda individualmente un genitore, oppure un fratello ciascuno, o altro ancora, sempre mantenendo la cornice contestuale che stiamo facendo un lavoro familiare. Il limite storico dello specchio unidirezionale che solo il terapeuta diretto sia coinvolto e i supervisori "sonnacchino" viene così totalmente risolto, l'équipe utilizza per davvero tutte le sue potenzialità, anche affettive, che prima venivano invece troppo neutralizzate nel buio della stanza di ascolto. Anche la numerosità di un'équipe psicoterapeutica non può che essere di due componenti, salvo casi molto particolari. Come si può chiedere infatti alle famiglie di pagare tre o quattro

professionisti? Noi passammo presto a équipe a tre con Mara, e successivamente a due. Ciononostante, lo ripetiamo, resta una difficoltà delle terapie sistemiche quella di convincere i nostri clienti dell'utilità di pagare due terapeuti! Una difficoltà che ha certo condizionato il mondo sistemico. Ne sono specchio fedele i preziosi quattro volumi che raccolgono la bibliografia ragionata della rivista *Terapia Familiare* (1977-1986, 1987-1997, 1997-2006, 2007-2016) che copre un grandissimo numero di temi/voci (128 nell'ultima edizione). Ebbene in questi quarant'anni la voce équipe non compare mai e quella di co-terapia solo due volte nel '78 e nell'82 (in riferimento alle tecniche di conduzione di Whitaker). La nostra scuola si sente tristemente sola in questa battaglia scientifica (Selvini, Fino, Morosini, 2012). Con questo articolo vorremmo provare a riattivare la riflessione su questo storico filone della ricerca sistemica.

5. L'équipe e il vissuto del terapeuta – tra controtransfert e risonanza

5.1 DALLA MENTE DEL PAZIENTE COME “SCATOLA NERA” ALLA RISCOPERTA DELLE SUE EMOZIONI.

Abbiamo accennato nel primo paragrafo alla rinuncia dei primi terapeuti sistemici all'explorare cosa contenesse la mente dei loro pazienti, impresa che appariva impossibile senza avere ancora un modello della mente umana, una volta abbandonate le concezioni psicodinamiche. Quando ci

si riferiva all'intrapsichico come a una "scatola nera", si intendeva paragonarlo ai primi computer (non a caso chiamati a quell'epoca "cervelli elettronici"), che nessuno che non fosse un ingegnere informatico aveva la più pallida idea di come funzionassero: ci si limitava a introdurre dei dati e a dare dei comandi (input) e si aspettava di vedere cosa ne uscisse (output). Consideriamo che se questa impossibilità di guardare "dentro" un computer è presente tutt'oggi, allora era un'impresa fantascientifica, quando i computer erano grandi come una parete e i dati vi venivano immessi attraverso schede perforate... Ricordiamo molto bene che durante le lezioni universitarie dei primi anni Settanta quando uno di noi studenti diceva, per esempio: « La signora è triste», la professoressa Selvini lo riprendeva: « No, lei non può dire che è triste, è un'inferenza indebita, lei può solo dire che piange, perché questa è la comunicazione analogica che la signora invia, ma potrebbe piangere di dolore, di rabbia, di sconforto, potrebbe cercare di impietosire l'altro, di sedurlo, di manipolarlo... Deve osservare l'effetto pragmatico che le sue lacrime producono: come risponde il marito? Si avvicina? La consola? Si allontana? Si arrabbia?». E infatti il nostro manuale di allora si chiamava la "pragmatica" della comunicazione umana. Con l'abbandono del purismo sistemico e l'introduzione della metafora del gioco (si veda il titolo del nostro volume *I giochi psicotici nella famiglia, 1988*) il passo avanti verso una complessità che fosse sia relazionale che individuale è segnato dalla reintroduzione del soggetto: il gioco prevede dei giocatori. Questi individui sono però ad una sola dimensione: hanno degli obiettivi (il potere, il riconoscimento, la rivalsa...) e delle strategie per raggiungerli, ma non propriamente delle emozioni. Bisogna arrivare alla fine degli anni

Novanta, con la pubblicazione di *La famiglia del tossicodipendente*, (1996) che introduce per la prima volta la nozione del trauma e della carenza, e di *Ragazze anoressiche e bulimiche* (1998) perché l'individuo sia visto anche nella sua natura di essere senziente, segnato dalle sofferenze che le sue vicende relazionali e più genericamente esistenziali gli hanno provocato. Infatti nei due volumi ora citati l'attenzione alle emozioni del terapeuta è ancora del tutto assente.

Di questa evoluzione storica troviamo conferma nella già citata bibliografia ragionata di *Terapia Familiare*: la voce "emozione" compare dal 93/95, le voci controtransfert e risonanza non sono mai apparse

5.2. MONY ELKAIM E LA LEGITTIMAZIONE DELLE EMOZIONI DEL TERAPEUTA.

Il testo di Elkaim cui facciamo riferimento per illustrare come il suo pensiero abbia influenzato la nostra

traiettoria teorica, *Entre résilience et résonance, scritto con Boris Cyrulnik (sous la direction de Michel Maestre)* è uscito nel 2010, ma è basato sulle trascrizioni di un convegno dell'ottobre del 2003. È di quel periodo (2008)

il seminario che Mony Elkaim ha condotto a Milano nella nostra Scuola, affascinando l'uditorio con le sue doti di showman, che si muoveva con disinvoltura sul palco e in platea, supervisionando gli allievi in un modo assolutamente innovativo: come spiegava nella conferenza, intendeva mettere in luce i sottili fili emotivi che legavano terapeuta e paziente, utilizzandoli per fare evolvere simultaneamente entrambi. Ricordiamo ancora un momento magico della giornata, quando la giovane terapeuta in formazione rivelava di sentirsi simile alla paziente, trasparente e

ignorata da tutti: e in quel preciso momento squilla il cellulare dalla sua borsetta, accompagnato da uno scroscio di risate e di applausi del pubblico, e dall'inchino affettuoso di Elkaim che le dimostra quanto sia ricercata. E dunque l'insegnamento di Elkaim ci autorizza a arricchire ancora di più la complessità del nostro pensiero, autorizzandoci a considerare anche le emozioni di noi terapeuti, espulse dai sistemici storici insieme a tutto il bagaglio psicoanalitico. Dobbiamo confessare che inizialmente abbiamo pensato che il termine di risonanza fosse una sorta di artificio per recuperare sotto mentite spoglie il controtransfert, utilizzando una parola nuova che evitasse di far pensare che i sistemici si erano riconvertiti alla psicanalisi. Spiega invece Elkaim nel testo citato: «La risonanza non è una situazione di empatia, né una relazione controtransferale. Questo concetto assume tutta la sua originalità quando ci chiediamo quale sia l'utilità di questo vissuto in relazione alla costruzione del mondo degli altri membri del sistema e alla mia costruzione del mondo» (p. 38). E qui viene la raccomandazione maggiormente chiarificatrice: «..Quando ... viviamo qualcosa che ci porta fuori dalla nostra benevola neutralità, mi sembra importante chiederci, non solo a cosa questo si riferisca, ma anche a che cosa serva che noi lo viviamo per le convinzioni profonde dell'altro» (p. 33). Da qui la necessità che il terapeuta sia consapevole del rischio che ciò che ha vissuto nella propria storia inconsapevolmente lo induca a rinforzare le credenze che imprigionano l'altro in una profezia che si autodetermina, proprio come può succedere in una coppia. Ma questo processo non è ineluttabile, *«notre passé, en effet, nous sensibilise mais ne nous condamne pas»* «Il nostro passato, infatti, ci sensibilizza ma non ci condanna» (p. 32). La

conclusione operativa è molto rassicurante: «Molto spesso non pensiamo nemmeno di analizzare la risonanza, perché tutto funziona bene, perché c'è una sintonia tra il modo in cui i nostri pazienti vivono questo tema e il modo in cui lo viviamo noi» (p. 42). Nel corso degli anni abbiamo lavorato su questi concetti di controtransfert e di risonanza, e li abbiamo unificati nell'espressione "EMOZIONI DEL TERAPEUTA", che costituisce come abbiamo detto nel primo paragrafo la settima porta di ingresso nel mondo del paziente. I due concetti rappresentano due facce della stessa medaglia: il controtransfert è un ingresso più diretto, che ci aiuta a cogliere come il paziente funziona. In maniera schematica, che non vuol essere caricaturale, se percepiamo un certo imbarazzo sotto lo sguardo sottilmente sprezzante del nostro interlocutore, potremo ipotizzare che questi abbia un tratto (o anche uno stile, o addirittura un disturbo) narcisista. Se ci sentiamo simultaneamente sedotti e aggrediti da una paziente, saremo autorizzati ad ipotizzare che si tratti di una personalità post traumatica (*borderline*). Se avvertiamo un'intensa paura, dovremo interrogarci se siamo davanti alla minaccia lucida e determinata di un antisociale, al presentimento di uno scoppio di violenza di un paranoide, e così via. In tutti i suoi testi Yalom ci sensibilizza alla opportunità di «battere il ferro finché è freddo», cioè di lasciare sedimentare le nostre emozioni e stabilire in che misura parliamo del paziente e in che misura di noi, vale a dire delle nostre risonanze: ciò che appartiene al paziente, rivelato dal nostro controtransfert, può essergli cautamente e empaticamente restituito, e questo secondo Yalom è l'intervento principale di ogni terapia. Decidere invece cosa vada rivelato della nostra risonanza è più complesso: la cosiddetta *self disclosure*. (che

Whitaker (1975, 1979) raccomanda in presenza di un'indisposizione, perché il paziente non immagini di essere la causa, per esempio, della nostra evidente stanchezza) impone una valutazione più complessa. Mara Selvini a volte faceva riferimento ad alcune sue vicende biografiche: poteva per esempio dire a un paziente con un'azienda familiare le cui traversie erano all'origine del suo crollo psichico: «Anche mio padre aveva un'azienda, e anche da noi c'erano drammi e confusioni, i miei fratelli si sono rovinati tutti e due, io sono scappata a fare il medico e mio padre non mi ha parlato più per un pezzo!» (documentario di Federico Selvini, 2019). Questo intervento si propone di mostrare al paziente come lui e la terapeuta siano accomunati dall'aver attraversato le medesime esperienze dolorose, e insieme di indicare senza presunzione che esiste una via per uscirne. Ma Elkaim raccomanda che nelle situazioni in cui il terapeuta si sente bloccato, ha la sensazione di girare a vuoto, in quei casi vale la pena di parlare con un collega della propria risonanza. E qui entriamo nel tema fondamentale del lavoro d'équipe.

5.3 L'ÉQUIPE, MENTE COLLETTIVA E SUPERVISORE AFFIDABILE.

Agli esordi della terapia familiare, l'équipe terapeutica è stata introdotta per due ragioni: anzitutto per afferrare la complessità del sistema familiare, nel quale un solo terapeuta, addestrato a lavorare con un unico paziente, rischiava di smarrirsi. Inoltre, perché il terapeuta non venisse “risucchiato” all'interno delle dinamiche della famiglia, spinto a schierarsi con uno contro l'altro, triangolato, sedotto, e così via. Per questo motivo venne introdotto l'uso dello specchio unidirezionale, dietro il quale i co-

terapeuti, invisibili alla famiglia, osservavano dall'esterno e dall'alto (da una posizione che denominavamo "meta") le relazioni interne alla famiglia e soprattutto la "danza" tra famiglia e terapeuta. Si teorizzava che, preservati dal contatto con i movimenti transferali dei pazienti, i co-terapeuti non corressero il rischio di trasformarsi in membri aggiuntivi del sistema familiare, di diventare "family", come allora si diceva. Oggi i terapeuti hanno imparato molto di più sul funzionamento delle famiglie e sono stati formati alle tecniche di intervento più efficaci, e hanno quindi meno timore di coinvolgersi e di avvicinarsi emotivamente. Sentiamo quindi di più i limiti dello specchio unidirezionale, e meno i vantaggi, come discusso del quarto paragrafo. Questo però a nostro giudizio non rende superflua la presenza di un'équipe collaudata di colleghi, anzi! Continuiamo ad affidare a un co-terapeuta il compito di aiutarci ad arricchire con il suo punto di vista la nostra visione necessariamente parziale della compagine familiare, ma ora contiamo sull'équipe anche per una supervisione costante delle nostre risonanze e dei nostri movimenti controtransferali. Una buona metafora è quella di due scalatori che effettuano una scalata ardimentosa: se il compagno tiene la corda, l'altro può muoversi in sicurezza su un passaggio difficile o sporgersi molto più avanti di quello che potrebbe fare se non fosse tenuto saldamente. Questa differente interpretazione del ruolo dell'équipe ci ha portato così a mettere in discussione la scelta di lavorare "uno dentro e l'altro fuori", cioè con un solo terapeuta nella stanza con i pazienti e l'altro stabilmente dietro lo specchio. Un cambiamento attraverso il quale siamo passati è stato quello di scambiarci i ruoli durante lo stesso trattamento: tipicamente nei casi di genitori separati abbiamo a volte

sperimentato che uno stesse in presenza con un genitore e i figli, e il collega con l'altro genitore e i figli, sempre con la presenza del co-terapeuta al di là dello specchio. Questo accorgimento necessita però che i due terapeuti abbiano prima condotto qualche seduta familiare assieme, per non imporre ai figli di interagire in un formato con una figura nota e nell'altro formato con uno sconosciuto. Un altro passaggio è stato quello (ugualmente preceduto da alcune sedute in co-conduzione) di affidare le sedute con la coppia genitoriale a un terapeuta e quelle con la fratria al collega: in tutti questi formati mantenere la presenza del collega dietro lo specchio riduce il rischio di inconsapevoli schieramenti di ciascuno con il sottosistema che tratta direttamente. Tuttavia, nel tempo abbiamo capito che quello che conta è l'équipe in co-conduzione. Da qualche anno infatti usiamo sempre meno lo specchio unidirezionale, entrando assieme nella stanza di terapia. Questa scelta garantisce un clima più cordiale e accogliente, riducendo la portata persecutoria di specchio e telecamera. Come tutte le scelte, ha anche i suoi svantaggi: terapeuti giovani e poco abituati a co-condurre assieme rischiano di contraddirsi a vicenda e di seguire piste differenti, terapeuti lavorano insieme da quarant'anni come noi corrono il pericolo di essere così sintonizzati da fare sentire che essere in due sia superfluo. Abbiamo già illustrato come l'équipe consenta di affidare a ciascuno dei componenti la coppia terapeutica un incontro individuale (o una serie di incontri individuali) con un membro della famiglia: si pone qui il problema di come procedere all'abbinamento. Uno dei due ha condotto i colloqui familiari ed è quindi più conosciuto, offrirà allora la sua presenza alla persona più resistente, più chiusa, più evitante? Se lasciamo loro la scelta, li mettiamo in difficoltà, se scegliamo noi

creiamo una relazione privilegiata... A volte si possono proporre due date per gli appuntamenti e affidare la scelta alla comodità (reale o di copertura). In realtà però non ci è mai capitato di avere la sensazione di aver sbagliato l'abbinamento. In questi colloqui individuali il collega non è presente dietro lo specchio, dimezzando i costi e semplificando le agende. È però necessario che tutto il materiale sia condiviso tra i due terapeuti: dobbiamo avere sempre in mente che non stiamo conducendo delle terapie individuali, ma delle parti individuali di una terapia familiare, che ha un paziente comune, il benessere del quale è l'obiettivo di tutti i soggetti anche visti individualmente, padre e madre, ma anche il paziente stesso. Questo non significa che ogni terapeuta si sentirà autorizzato a trasferire senza filtro tutto ciò che è venuto a sapere dal collega, ma valuterà di volta in volta cosa riferire con schiettezza, cosa trattenere per sé, cosa fare emergere con diplomazia per non offendere né istigare. Le parti individuali arricchiranno di informazioni nuove le sedute familiari, facilitando la condivisione di contenuti prima occultati dall'imbarazzo o dal timore, così come la conoscenza approfondita della famiglia consentirà di affrontare nei formati individuali non solo gli aggiornamenti portati da ciascuno tra un incontro e l'altro, ma anche le osservazioni e i commenti che entrambi, terapeuta e paziente, hanno tratto dalle sedute familiari che rappresentano un materiale condiviso e quindi a disposizione di entrambi. Un lavoro indubbiamente complesso, ma appassionante e molto più avvincente dei protocolli rigidi e ripetitivi, che potenzia la ricchezza dell'incontro umano, per vivere il quale abbiamo tutti scelto questa meravigliosa professione.

Bibliografia

- Bateson G., (1972), *Verso un'ecologia della mente*, tr.it. Adelphi, 1976
- Bateson G., (1979), *Mente e natura*, tr.it. Adelphi 1984.
- Benjamin Smith, L., (1996), *Diagnosi interpersonale e trattamento dei disturbi della personalità*, Las, Roma, 1999.
- Benjamin Smith, L., (2003), *Terapia ricostruttiva interpersonale*, Las, Roma, 2004.
- Berrini R., Sorrentino A.M., (2011), “I colloqui di presa in carico nella terapia individuale sistemica” in *Terapia familiare*, N. 95, pp. 5-17.
- Bowlby, J. (1988). *Una base sicura. Applicazioni cliniche della teoria dell'attaccamento*, tr.it. 1989 Cortina, Milano.
- Boszormenyi-Nagy, I., Spark, G. (1973), *Lealtà invisibili*. tr. it. Astrolabio, Roma 1988.
- Cancrini, L., (2012), *La Cura delle Infanzie Infelici*, Cortina, Milano.
- Cirillo S., (1989), *Il cambiamento nei contesti non terapeutici*, Cortina, Milano.
- Cirillo, S., (2005), *Cattivi genitori*, Cortina, Milano.
- Canevaro, A., (2009), *Quando volano i cormorani*. Nuova edizione rivista e ampliata Luigi Guerriero Editore 2021.
- Cirillo, S., Selvini, M., Sorrentino, A.M., (2002), *La terapia familiare nei servizi psichiatrici*, Cortina, Milano.
- Cirillo, S., Berrini, R., Cambiaso, G., Mazza, R., (1996), *La famiglia del tossicodipendente*, Cortina, Milano.
- Nuova edizione aggiornata del 2016.
- Cirillo, S., Selvini M., Sorrentino A.M., (2011), “Il genogramma. Percorso di autoconoscenza, integrato

nella formazione di base dello psicoterapeuta”, in *Terapia familiare*, N. 97, pp. 5-28.

Cirillo, S., Selvini, M., Sorrentino, A. (2016), *Entrare in terapia. Le sette porte della terapia sistemica*, Cortina, Milano

Di Blasio, P., Fischer, J.M., Prata, G., (1986), “La cartella telefonica: pietra angolare della prima intervista con la famiglia”, *Terapia Familiare*, n° 22, pp. 5-17.

Elkaim, M., Cyrulnik, B, (2009), *Entre résilience et résonance. A l'écoute des émotions*. Fabert.

Framo, J.L., (1965), “Programma e tecniche della psicoterapia familiare intensiva”. Tr.it. in Boszormenyi-Nagy, Framo, J. (a cura di), *Psicoterapia intensiva della famiglia*. Bollati Boringhieri, Torino 1969, pp. 146-209.

Ghezzi, D., Lerma, M., Martino, C., (1984), “Le prime fasi della terapia familiare: un'équipe rivede le proprie strategie”, *Terapia Familiare*, n° 15, pp. 5-22.

Goldbeter, E., (2017), *Le deuil impossible. La place des absents en thérapie familiale*. De Boeck, Bruxelles

Goldbeter, E., Linares, J.K., Onnis, L., Romano, E., Vannotti, M., (2010), *Thérapie familiale en Europe*

Inventions à cinq voix, De Boeck, Bruxelles. *La terapia familiare in Europa. Invenzione a cinque voci*. tr. it. Franco Angeli, Milano 2012.

Haley, J., (1959), “La famiglia dello schizofrenico: un sistema modello”. Tr. it. in Pizzini, F., (a cura di), *Famiglia e comunicazione*, Feltrinelli, Milano 1980.

- Haley, J., (1969), “Verso una teoria dei sistemi patologici”. Tr. it. in Zuk, G.H., Nagy, G., (a cura di), *La famiglia: patologia e terapia*, Armando, Roma 1970.
- Morin, E., (1985), “Le vie della complessità”. in Bocchi, G., Cerutti, M., (a cura di), *La sfida della complessità*, Feltrinelli, Milano 1985.
- Morosini, P., (2010), “L'équipe vista dalla famiglia”, Convegno della Scuola Mara Selvini Palazzoli, www.scuolamaraselvini.it
- Minuchin S., (1974), *Famiglie e terapia della famiglia*. Tr. it. Astrolabio, Roma 1981.
- Powell, B., Glen Cooper, G., Hoffman, K., Marvin, B., (2014) *Il circolo della sicurezza. Sostenere l'attaccamento nelle prime relazioni genitore-bambino*. Tr. it. Cortina, Milano 2016.
- Selvini, M. (2002), “Mara Selvini Palazzoli: un'emblematica storia di resilienza”. In *Terapia Familiare*, 68, pp. 127-136.
- Selvini, M. (2003), “Tecniche di presa in carico di un paziente non richiedente”. In *Terapia Familiare*, 73, pp. 5-33.
- Selvini, M. (2004), *Reinventare la psicoterapia*, Cortina, Milano.
- Selvini, M. (2008), “Undici tipi di personalità”, In *Ecologia della Mente*, 1, pp. 29-55.
- Selvini, M. (2018), “A challenge to borderline personality diagnosis: investigating post-traumatic personality disorders. connecting personality traits to development in the family” in *Efta Clinic Interventions in Family Therapy*, N°4, Springer, Berlin (Editor Juan Luis Linares And Roberto Pereira).

- Selvini, M., Fino, L., Morosini, P., (2012), “Lavoro terapeutico e lavoro d'équipe. Una ricerca su allievi e docenti della Scuola di Psicoterapia “Mara Selvini Palazzoli””. In *Ecologia della mente*, 35, 1, pp. 123-133.
- Selvini, M., Selvini Palazzoli, M., (1989), “Il lavoro in équipe: strumento insostituibile per la ricerca clinica mediante la terapia familiare”. In *Ecologia della mente*, 4, 1, pp. 54-76.
- Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., Prata, G., (1975) *Paradosso e controparadosso*, Cortina, Milano.
- Selvini Palazzoli, M., Anolli, L., Di Blasio, B., Grossi, L., Pisano, I., Ricci, C., Sacchi, M., Ugazio, V., (1981), *Sul fronte dell'organizzazione*, Feltrinelli.
- Selvini Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M., Sorrentino, A.M., (1988), *I giochi psicotici nella famiglia*, Cortina, Milano.
- Selvini Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M., Sorrentino, A.M. (1998), *Ragazze anoressiche e bulimiche*, Cortina, Milano.
- Sorrentino, A.M., 2009 “Il genogramma come strumento grafico per ipotizzare il funzionamento mentale del paziente”. In *Terapia Familiare*, n.88.
- Sorrentino, A.M. (2012) “L'incontro terapeutico e gli interrogativi diagnostici: un'esperienza di reciprocità” in *Terapia familiare*, n. 99, pp. 35-53.
- Selvini, M., Sorrentino, A.M., (2015), “Il contributo della teoria dell'attaccamento alla terapia familiare Sistemica”, *Attaccamento e Sistemi Complessi*, Vol. 2 – N. 1.
- Yalom, Y., (2001), *Il dono della psicoterapia*. Tr. it. Neri Pozza 2014.

Watzlavick P., Beavin J.H., Jackson D.D., (1967), *Pragmatica della comunicazione umana. Studio dei modelli interattivi, delle patologie e dei paradossi*, tr. it. Astrolabio Ubaldini 1971.

Whitaker, C.A., Felfer, E. E., Wakentin, J., (1965), “Il controtrasfert nel trattamento familiare della schizofrenia” in Boszormeny-Nagy, I., Framo, J., (a cura di), *Psicoterapia intensiva della famiglia*, tr. it. Boringhieri, Torino 1969,

Whitaker, C.A., (1989), *Considerazioni notturne di un terapeuta della famiglia*. Tr. it. Astrolabio, Roma 1990.

Wilson, E., O., (2019), *Le origini profonde delle società umane*, tr.it. Cortina, Milano 2020.

Filmografia

Mara Selvini Palazzoli. Risonanze tra vita e professione, (2019), di Federico Selvini (75’).