

Seminario di studio: **Il paziente emergente del gruppo familiare.**
Tavola rotonda: **Strategie terapeutiche.**
Mestre 20-21 ottobre 1995

Aldo Mattucci
Psicoterapeuta familiare
Direttore Istituto Venero di Terapia Familiare

L'articolato mondo della Terapia Familiare ha registrato, negli ultimi anni, significativi cambiamenti rispetto alle iniziali posizioni grazie sia al dibattito sviluppatosi al suo interno, sia al confronto con contributi di altri approcci e orientamenti teorici.

La sempre maggior diffusione del modello sistemico-relazionale ha permesso di aumentare in modo considerevole il ricorso alla psicoterapia familiare in ambito istituzionale sia pubblico che privato, contribuendo tra l'altro al dibattito scientifico sul trattamento delle patologie più impegnative quali le psicosi e le sindromi borderline.

Tralasciando le indicazioni più tradizionali al trattamento familiare, vorrei oggi soffermarmi sulla possibilità di combinare "setting individuale" e "setting familiare", intesi sia come modi di formulare il sistema terapeutico, sia come componenti fondamentali per la comprensione dei processi evolutivi e di conseguenza dell'insorgenza della sofferenza mentale (2).

Molti ricorderanno come la Terapia Familiare all'esordio fosse orientata principalmente da una visione in un certo senso "negativa" della terapia: bisognava aiutare la famiglia a liberarsi nel più breve tempo possibile dai sintomi e nel contempo ad abbandonare funzioni rigide, interazioni disfunzionali, distorsioni comunicative, ecc. Tale approccio aveva portato ad inserire la terapia familiare nell'ambito delle cosiddette psicoterapie brevi.

Un altro aspetto considerato inizialmente fondamentale per avviare una terapia familiare è che dovessero partecipare al processo terapeutico tutti i componenti del nucleo familiare; accadeva così che il rifiuto a partecipare alle sedute da parte di uno o più familiari portava molti terapeuti a non avviare o ad interrompere il processo terapeutico.

Entrambi gli aspetti sono stati oggetto di correzioni; si è giunti così a poter pensare, non senza difficoltà, ad una terapia familiare da un lato "positiva" e dall'altro non coincidente con il setting familiare congiunto. Si tratta di passare da una concezione nella quale la terapia familiare è la risposta esclusiva al problema, ad un'altra che permetta di individuare e articolare le risorse disponibili e di integrare momenti evolutivi diversi.(2)

Utilizzerò due esempi clinici.

Paola è una giovane di 26 anni; dall'età di diciotto presenta sintomi inquadribili nell'ambito di un disturbo del comportamento alimentare per i quali si era già sottoposta ad una terapia individuale interrotta dopo circa tre anni. Giunge alla mia attenzione nel '93 e manifesta subito il rifiuto a coinvolgere tutta la famiglia. Accolgo comunque la richiesta di terapia ed inizio un trattamento individuale intuendo come nel suo rifiuto è racchiuso un desiderio onnipotente e angosciato: tentare di apprendere come superare la propria sofferenza per aiutare i genitori a fare altrettanto.

Il suo rifiuto, ancor più che il suo sintomo, mi appare un baluardo a difesa della riferita fragilità della coppia genitoriale, da lei percepita in grande difficoltà e inadeguata nell'affrontare le tappe del processo evolutivo.

Dopo alcuni mesi di terapia sento di aver costruito con Paola una relazione rassicurante e in particolare di essere riuscito a trasmettere l'idea di una comprensione e accettazione del disagio dei suoi genitori. Colgo in Paola il superamento degli iniziali timori che la portavano a pensare alla terapia come ad un attacco alla sua relazione con i genitori, e alla crescita come ad un tradimento. Si fa strada l'idea che non occorra colpevolizzarli e condannarli per i loro limiti, le loro carenze e difficoltà. Le propongo così di effettuare un incontro con entrambi i genitori (Paola è figlia unica) per poter capire, assieme, quali elementi della storia individuale e familiare di entrambi li avesse portati ad affrontare gli eventi della vita con insicurezza e disagio. L'obiettivo non è quello di cambiarli, ma di accoglierli come consulenti di Paola e del terapeuta, cioè in qualità di esperti della propria storia.

Paola accoglie la proposta e saranno effettuate quattro sedute familiari, a distanza di qualche mese l'una dall'altra; l'ultima verrà richiesta da lei in accordo con i genitori.

Dopo le sedute non si registrano particolari cambiamenti nella relazione familiare e ciò, a mio parere, rassicura ulteriormente Paola nel senso di vedere confermato l'obiettivo concordato.

Registro invece dei movimenti importanti nella relazione terapeutica: Paola porta in seduta contenuti sempre più ricchi, si espone maggiormente, esprime emozioni e sentimenti in passato tenacemente custoditi, in definitiva si rinforza quella relazione di fiducia che le permette di affrontare temi ed emozioni che nella precedente terapia non riusciva a sostenere.

Riporto un passaggio che evidenzia l'evoluzione del processo terapeutico, caratterizzato all'inizio da una posizione protettiva e difensiva nei confronti dei genitori, e che poi, modificandosi, permette una comprensione dei diversi livelli di disagio presenti in famiglia: al termine di una seduta Paola mi dice "sa, dottore, lei ha potuto vedere e sentire quanto i miei genitori hanno sofferto nella loro vita; mi sembrava che per poter stare con loro e far parte della famiglia dovevo soffrire anch'io come loro". Come dire che l'appartenenza e la fedeltà potevano passare solo attraverso la condivisione della sofferenza. E aggiunge "dopo ogni momento divertente e positivo per me, tornavo a casa e mangiavo fino a star male; poi andavo in bagno a vomitare e rimanevo sveglia fino a tarda ora, finché mio padre e mia madre si alzavano arrabbiati e preoccupati; solo allora potevo mettermi a dormire e, non sapevo perché, mi sentivo contemporaneamente tranquilla e delusa per l'accaduto".

E' evidente che in queste sue frasi c'è un collegamento significativo tra il suo comportamento sintomatico e il timore di non avere uno spazio nella propria famiglia se non attraverso il disagio e la sofferenza.

Nelle successive espressioni della paziente si legge inoltre il timore di non essere in grado di affrontare i problemi della quotidianità una volta liberatasi del sintomo; mi sottolinea infatti, e lo ripeterà in altre sedute, la vergogna che percepisce nell'incontrare amiche più "vissute" e uomini che, attratti dal suo aspetto esteriore, vorrebbero avvicinarla "ho 26 anni, ma è come se ne avessi 16 !".

Nei mesi successivi Paola inizia a cimentarsi in esperienze più significative nel senso dell'autonomia, esperienze tentate nel periodo adolescenziale e tristemente fallite: trova un lavoro più adeguato alle sue capacità, esce di frequente con gruppi di amici, si cimenta in relazioni amorose, vive i primi rapporti sessuali ed infine le grandi abbuffate diventano episodiche e in realtà tendono a segnalare la necessità e il desiderio di proseguire in un graduale, ma costante percorso di crescita. Riprende così il cammino dal punto in cui l'ha interrotto.

Tralascio altre fasi del processo terapeutico in quanto ciò che mi preme sottolineare è l'importanza della flessibilità nell'uso del modello di riferimento. In passato avrei insistito, ad esempio, con la paziente affinché portasse in seduta tutta la famiglia. La mia rigidità avrebbe rinforzato la sua e la terapia non avrebbe mai avuto inizio.

La presenza di un "modello forte" può portare ad una "risposta precostituita, che rischia di bloccare il lavoro di ricerca e soprattutto la costruzione di un'esperienza interpersonale condivisa in cui abbia inizio e luogo un processo di trasformazione"(2).

Sia in campo sistemico che psicoanalitico, negli ultimi anni, si è dibattuto sull'opportunità di utilizzare un setting flessibile e di non scindere i due registri intra e interpersonale "Non si tratta di modelli alternativi, ma di modalità di incontro con situazioni specifiche, che mettono chiaramente in luce come la famiglia possa essere considerata, contestualmente, di volta in volta, uno strumento di lavoro, un oggetto terapeutico, una risorsa, un sostegno ad un altro progetto terapeutico"(2).

Pensare di dover lavorare necessariamente e sempre con tutta la famiglia, riduce, e non arricchisce, la gamma di possibilità in quanto non prende in considerazione altre ipotesi evolutive.

Nel caso di famiglie povere di risorse ed incapaci, per lo stadio in cui sono, di fare qualcosa di più affinché l'adolescente, come nel caso esposto, faccia la sua crescita (1), bisogna favorire lo strutturarsi di un contesto che lo aiuti a recuperare la libertà di mettersi in gioco utilizzando spazi e risorse che vanno al di là di quanto la famiglia ha potuto permettere.

Il terapeuta deve così riuscire ad entrare in rapporto con il singolo membro e, attraverso lui, con la sua famiglia e può farlo se riesce a cogliere il disagio e la sofferenza provata dal singolo di fronte all'impossibilità di uscire dalla rigidità della propria funzione, e collegare

tale disagio a quello che gli altri membri della famiglia vivono nel sentirsi incapaci di realizzare la propria speranza evolutiva.

Ciò aiuta a percepire lo spazio terapeutico come un contenitore significativo delle emozioni e dei sentimenti di tutta la famiglia. Come dire che anche chi è assente ha uno spazio nella mente del terapeuta, oltre che del paziente, e fa parte della relazione che si sta rappresentando nella terapia.

"L'obiettivo dell'intervento terapeutico è la comprensione dei bisogni, opposti ma non antitetici, che ciascun individuo, e le persone fra loro, esprimono all'interno della famiglia e l'aiuto a contenerli in una situazione di reciproco ascolto" (3).

Tornando all'esempio clinico, uno degli obiettivi è stato quello di evitare di "agire una separazione" tra Paola e i suoi genitori, in quanto ciò aveva già attivato in passato angosce abbandoniche e di annientamento in entrambi i poli della relazione, con il conseguente blocco evolutivo. Sappiamo difatti che "il controllo reciproco garantisce l'esistenza del proprio Sé e dell'Altro e il mantenimento della relazione" (2).

La scelta operativa effettuata in questo caso è altresì il risultato di un interrogativo e di un dubbio: quale relazione terapeuta-famiglia-paziente può favorire un clima di fiducia e il recupero di una speranza necessari ad un processo evolutivo?

Tale interrogativo si collega ad un altro pensiero che è quello di rimettere in primo piano il problema "della praticabilità di un processo clinico piuttosto che la conferma di un modello" (4). Condivido difatti l'orientamento di quanti sostengono che è necessario che il "terapeuta possa alterare il proprio modello, o parte di esso, laddove sia utile o praticabile per il paziente" (4). "La mente del terapeuta e la relazione terapeutica devono essere pertanto flessibili e permeabili" (4).

Riporterò ora un secondo caso clinico per ridefinire in che modo utilizzare un ciclo di sedute familiari congiunte effettuate all'inizio di un processo terapeutico. Tenterò di evidenziare in poche battute come tali sedute acquistano il valore di un costante punto di riferimento durante le successive tappe della terapia, nel senso che rappresentano un "momento in cui il paziente e i suoi familiari hanno comunicato, con l'aiuto del terapeuta, aspetti delle loro problematiche che possono per questo diventare patrimonio del singolo soggetto" (2). La relazione duale diventa così uno spazio nel quale rielaborare un materiale emerso nell'ambito di un'esperienza condivisa.

Andrea ha oggi 35 anni e a 25 ha avuto una crisi psicotica con ricovero presso un reparto di Psichiatria. Vive con i genitori e la nonna materna; il padre da anni porta gli esiti invalidanti di un ictus cerebrale; è secondogenito di due figli; il fratello è sposato e vive in un altro quartiere della città.

Giunge alla mia attenzione nell'autunno del '92 attraverso la richiesta del fratello che si dice molto preoccupato sia perché Andrea rifiuta ormai da anni un qualsiasi rapporto terapeutico sia perché lui stesso è stanco di essere costantemente coinvolto dalla madre ogniqualevolta si crea uno stato di tensione in famiglia a causa di Andrea.

Concordo una prima seduta di consulenza per valutare quale progetto proporre. Si presentano tutti ad eccezione della nonna. Dopo un'iniziale diffidenza, Andrea partecipa positivamente alla seduta con un atteggiamento di evidente collaborazione. Al termine dell'incontro propongo un programma di sedute di terapia familiare.

Vengono affrontati temi relativi alla crisi psicotica e alla sua gestione, alla storia delle famiglie d'origine, alla costruzione della coppia genitoriale, alla nascita dei figli e al loro sviluppo. In questa fase della terapia Andrea partecipa attivamente e rimane a casa solo per qualche seduta in concomitanza con un momento di impasse legato ad un livello di resistenza dei genitori nel rivivere le difficoltà e le tensioni di un periodo definito della loro vita. Il superamento dell'impasse permette ad Andrea di riacquistare la fiducia nella "praticabilità" della terapia e di tornare quindi in seduta.

Tra i risultati ottenuti vorrei segnalare: il cambiamento di posizione del fratello, che può abbandonare la funzione di "infermiere" da un lato e di marito sostitutivo dall'altro, per riscoprirsi fratello e figlio; la rielaborazione del lutto relativo all'incidente vascolare del padre; il significato che ha avuto per i figli il senso di rassegnazione della madre.

Il ciclo di terapia familiare si conclude dopo una quindicina di sedute, allorché propongo di lavorare solo con il sottosistema dei fratelli. Tale scelta nasce da alcune considerazioni che posso così sintetizzare: l'età dei genitori, la loro storia personale e di coppia, l'handicap

fisico del padre, la difficoltà della madre, anche a causa dei vincoli derivanti da tale handicap, nel porsi diversamente nei confronti delle proprie aspettative e necessità personali, tutto ciò determina una situazione di scarse possibilità di ulteriore cambiamento all'interno del sottosistema genitoriale, tale da determinare nuove condizioni favorevoli la ripresa di un processo di autonomia dei figli.

Continuare a percorrere la strada di un intervento familiare congiunto avrebbe prima o poi comportato un irrigidimento di tutto il sistema di fronte ad angosce trasformative e avrebbe determinato il consolidamento di una convinzione a dir poco bloccante: se non cambiano i genitori nulla si può modificare!! Riconoscere invece con onestà, e quindi non strategicamente, che questi ultimi si sono impegnati, nella loro vita e più di recente nella terapia, nell'ambito delle proprie risorse e possibilità, significa rispettare i loro limiti e i loro sforzi e potenziare una visione non colpevolizzante della terapia. Tale accettazione permette di ridurre il livello di tensione e di confusione all'interno del sistema da cui, in genere, la famiglia si difende abbandonando la terapia.

La scelta, accettata da tutti, si è poi rivelata particolarmente fortunata in quanto ha permesso di lavorare sia sulle gelosie, le invidie, le rivalità tra fratelli nella conquista di un posto importante nella relazione con i genitori, sia sugli investimenti reciproci.

Esaurito il lavoro con i fratelli sto proseguendo da un anno e mezzo solo con Andrea.

Il materiale elaborato nel corso delle sedute familiari ci ha permesso, in seguito, di dare un senso più compiuto ad alcuni suoi ricordi. Riporto alcuni brani di sedute individuali: "quando a casa mi vedono cambiato, diverso dal passato e me lo dicono, mi sento in colpa e penso: dio mio cosa sto facendo?". "Mia madre e mia nonna dicono: se non ce n'è una, non va bene. Bisogna che ci sia sempre qualcosa che vada storta. Forse è una forma mentale della mia famiglia e su questo penso che influisca mio padre. In realtà io di soffrire non ne ho nessuna voglia, ma ci ricasco continuamente". "C'è una miseria di fondo nei sentimenti di mio padre che devo riuscire a capire; il problema è che io ne ho una consapevolezza che mi mette in una condizione di superiorità; superiorità che a ben vedere non è nulla in quanto mi frega". "Finché mia madre, attraverso lo studio, riusciva a tenermi distante da mio padre stavo bene". Gli domando che cosa lo avesse riavvicinato a suo padre. "C'era un periodo, fine anni settanta, che ero stato di sinistra e andavo tranquillo; ho dovuto riavvicinarmi quando lui nell'82 si è ammalato in seguito all'ictus e ho dovuto accorgermi che lui era cambiato. Inoltre dopo la malattia di mio padre è venuta a vivere in casa la nonna materna ed è cambiata ancora di più la situazione familiare. In quel momento ho perso il contatto con la realtà". "Ad un certo punto mi sono chiesto: io sono di sinistra e lui è di destra, come mai adesso andiamo d'accordo? E poi ho pensato: ma come posso attaccare uno che è semi paralizzato?".

Gli domando se teme che il suo cambiamento comporti necessariamente un cambiamento degli altri familiari, e se teme che questi possano soffrire nell'alterare (in senso etimologico) il loro modo di affrontare la realtà. Senza tentennamenti mi dice "esatto! è proprio così".

In queste poche frasi c'è la sintesi di parte del lavoro effettuato con la famiglia. E' stato possibile rielaborarlo con Andrea senza difficoltà in quanto avevamo condiviso l'esperienza di ascoltare i disagi, le frustrazioni, la sofferenza dei genitori, e soprattutto le aspettative, gli investimenti, i desideri che questi, nel tentativo di differenziarsi dall'esperienza vissuta nelle famiglie d'origine, avevano riposto sui loro figli.

E' evidente come il peso delle attribuzioni e delle aspettative genitoriali abbiano creato un grande bisogno di contrapposizione e di fuga; ad esempio il fratello si è sposato in giovane età proprio per tentare un'uscita dalla famiglia. Andrea all'epoca ebbe una prima reazione di chiusura in quanto sentì su di sé il peso della solitudine nell'affrontare il disagio dei genitori nel tollerare i cambiamenti. Tenta di contestare la figura paterna, ma la malattia di quest'ultimo gli toglie la possibilità di "attaccarlo senza distruggerlo"; gli viene cioè impedito di verificare che può attaccare la funzione senza attaccare la relazione o la persona. La cronaca degli ultimi anni ripropone in modo drammatico tale tema!

Ritengo importante essere consapevoli che la famiglia ha una sua visione della realtà e della propria storia, visione che è in genere condivisa dal paziente in quanto va a sottolineare e a confermare il suo livello di appartenenza. "Collocarsi fuori dalla visione della famiglia può significare tradire un'appartenenza, ma anche restare sprovvisto di

qualsiasi forma di legame con l'altro" (4). In tal caso non vi è mai spazio per il dubbio e ogni nuovo apprendimento verrà evitato.

E' l'esperienza condivisa della rielaborazione della visione propria della famiglia che permette invece di creare uno spazio nel quale ognuno può riappropriarsi di quella parte di storia negata o rifiutata. La famiglia potrà sentirsi aiutata e rassicurata in tale operazione se percepirà che non deve creare nulla di nuovo, ma dovrà unicamente impiegare o trasformare ciò che già esiste e che potrà pertanto evitare di continuare ad utilizzare le proprie risorse prevalentemente per far fronte all'angoscia derivante dalla paura del cambiamento.

Nel parlare di funzione contenitiva della relazione terapeutica, mi riferisco alla possibilità di far tollerare al paziente e soprattutto ai suoi familiari la sofferenza legata ai possibili cambiamenti. Sofferenza che era stata allontanata frenando il passaggio da una tappa del ciclo vitale a quelle successive. Quando nell'ambito familiare si registra una inadeguatezza nel facilitare quei cambiamenti legati al passaggio da una tappa all'altra del ciclo vitale, diventa particolarmente corretta un'indicazione di terapia familiare congiunta. Difatti occorre ripristinare e riattivare quei passaggi che permettono uno sviluppo armonico così da evitare che si determinino, o si aggravino ulteriormente, problemi di autonomia e conflitti connessi alla differenziazione.(4)

Il caso di Andrea mostra inoltre come nelle situazioni nelle quali non è il paziente a chiedere una terapia e manca quindi una autoreferenzialità, cui si associa spesso una assenza di consapevolezza di malattia, è certamente preferibile optare per una terapia familiare congiunta, almeno nella fase iniziale.

Altro criterio che orienta verso tale scelta è che in presenza di bassissimi livelli di differenziazione la famiglia spesso non riesce a tollerare un progetto terapeutico individuale e il paziente si sente dilaniato nella scelta tra due appartenenze.(2)

L'intrecciarsi di questi aspetti avevano impedito in passato qualsiasi possibilità di aggancio tra gli operatori del Servizio psichiatrico e Andrea.

Il terapeuta è chiamato, specie nel lavoro con pazienti psicotici, a cimentarsi quasi sempre con situazioni che, per le loro peculiarità e spesso per la loro drammaticità, richiedono delle strategie terapeutiche che devono liberarsi della rigidità del modello di riferimento.

"La famiglia non deve, pertanto entrare necessariamente nella terapia per un presupposto teorico di scuola, ma solo quando il terapeuta ne riscontra l'opportunità o la necessità" (5).

"Chi si occupa di situazioni psicotiche deve avere l'elasticità e la competenza di articolare il sistema terapeutico a seconda dell'andamento della terapia" (5).

Il terapeuta deve pertanto, nel rispetto dei tempi e delle difese in atto, arrivare innanzitutto ad una chiarificazione dei meccanismi gruppali patogeni e quindi ad una articolazione delle risorse disponibili (2). E' la praticabilità di un progetto che rende possibile la costruzione di una relazione prima contenitiva e poi trasformativa, nel senso di una capacità del soggetto di apprendere dall'esperienza. Tale capacità per essere acquisita dal paziente e da altri membri della famiglia, deve innanzitutto trovare spazio nella mente del terapeuta, per realizzarsi poi nell'incontro terapeutico.

L'esempio di Andrea, con un particolare riferimento al fratello, mi consente di sottolineare una riflessione intorno ai temi dell'autonomia, della differenziazione, e dell'appartenenza, temi che per molto tempo hanno rappresentato una sorta di idea ossessiva nella mente di molti terapeuti familiari e non. Come sottolinea Katia Giacometti, si va verso un recupero di una "concezione dialogica in cui l'individuo, nel corso del suo sviluppo evolutivo, è visto procedere dalla dipendenza verso l'autonomia e, in condizioni di sanità, conservare questa capacità di muoversi in momenti diversi dall'una all'altra. Il valore della dipendenza non sta solo nella possibilità di recuperarla in momenti di regressione controllata e reversibile (come ad esempio nel gioco), ma anche nella capacità di riconoscerla e viverla in rapporti normali e che, di fatto, la dipendenza più limitante e antagonista all'autonomia è quella non riconosciuta e agita attraverso meccanismi di difesa" (4).

E' nell'ambito di questo movimento tra dipendenza e autonomia che è utile riconvocare tutta la famiglia per ridiscutere e rielaborare alcuni argomenti. Nel caso di Andrea ciò è

accaduto allorché il paziente ha percepito che i suoi movimenti trasformativi non erano in sintonia con quelli della famiglia. Riparlarne assieme significa accogliere le timide istanze di cambiamento del paziente senza attivare da un lato meccanismi difensivi nella famiglia e dall'altro tematiche di colpa nel paziente.

Del resto in entrambi gli esempi clinici si tratta di famiglie piuttosto chiuse e ripiegate in se stesse, dove tutt'al più vi è un solo componente che può permettersi, quasi ne avesse la delega esclusiva, di mantenere rapporti sociali significativi, come nel caso del fratello di Andrea. Si tratta cioè di famiglie abituate ad avere pochissimi contatti con l'ambiente sociale e scarsamente fornite di risorse interne per la "crescita" del paziente (1).

Di qui la necessità di saper cogliere quali bisogni portano un membro della famiglia a formulare la richiesta terapeutica, ma anche quali bisogni si nascondono dietro gli atteggiamenti di rifiuto, di fuga, di sfiducia, ecc.. Non può quindi essere il modello del terapeuta a determinare il tipo di trattamento, ma l'ascolto dei vari bisogni che emergono dai comportamenti del paziente e dei suoi familiari.

Emerge, da quanto esposto, l'importanza per il terapeuta di saper scegliere in fase diagnostica, se possibile, o in momenti successivi del processo terapeutico, quale metodologia può favorire al meglio lo sviluppo e l'articolarsi delle tappe della terapia.

Il possibile errore sta nell'operare una scelta metodologica legata alla rigidità del modello di riferimento e ai suoi automatismi, nel senso che in quel modello certi elementi vengono trascurati perché "non pensabili" nella mente del terapeuta.

Poiché ciò che consente di strutturare un processo trasformativo e di crescita è la qualità della relazione, occorre essere consapevoli che la terapia familiare è una delle possibili risposte e non "la risposta" alla sofferenza.

Entrambi gli esempi clinici ci confermano comunque quanto sia fondamentale, e ciò è ormai riconosciuto da più parti, prendere in considerazione "il rapporto tra l'individuo e il suo contesto di relazione, non più considerato secondo una logica causale lineare"(4).

Non a caso nella formazione del futuro terapeuta familiare poniamo l'accento costantemente sulla necessità di non creare un contesto giudicante e colpevolizzante; se la colpa è parte dello stile di relazione della famiglia ed è rappresentata nell'immagine che essa ha di sé e che ci porta in terapia, è fondamentale lavorare per creare un contesto collaborativo e per ciò stesso terapeutico.

E' solo così che la famiglia potrà permettersi di far emergere e poi utilizzare tutte o parte delle proprie risorse altrimenti bloccate nel sostenere strenuamente quell'immagine di sé vissuta come l'unica possibile o la sola che può essere posta in gioco nelle relazioni sociali. Un contesto collaborativo permette al paziente e agli altri membri della famiglia di accedere a nuovi livelli di esperienza partendo appunto dalla relazione che si instaura e si sperimenta nel setting terapeutico.

La terapia familiare può inoltre avere un senso quando una certa qualità delle relazioni tende a riproporsi in contesti diversi, non permettendo nuovi livelli di apprendimento, con conseguente blocco più o meno grave delle possibilità di evoluzione.

In conclusione vorrei nuovamente sottolineare che lo stesso rischio di bloccare le potenzialità evolutive appartiene anche al terapeuta allorché sovrappone il suo modello d'intervento al paziente e alla famiglia. Anche in questo caso difatti si determina un restringimento delle possibilità evolutive della relazione, in quanto questa non accoglie la "diversità", "la singolarità" di ogni individuo e non favorisce lo svilupparsi di meccanismi evolutivi.

Bibliografia

- (1) de Bernart Rodolfo Famiglia ed individuo nella psicoterapia delle psicosi
Rivista "Terapia familiare" nr 19/1985
- (2) De Rysky M. - Giacometti K. - Montinari G. - Spinelli G.
Famiglia e psicosi: quale integrazione?
Rivista "Interazioni" nr 11/1995 - Franco Angeli
- (3) Lagnarli Lilia L'interpretazione nelle diverse forme di psicoterapia
Appunti per la giornata di studio - Siena 23/10/1993
- (4) Giacometti Katia Seminario di studio - Terapia familiare: un setting da ripensare nel
gioco tra intrapsichico e interpersonale - Treviso 01/04/1995
- (5) Piperno Ruggero Esperienze di un trattamento integrato paziente-famiglia in un
dipartimento di salute mentale. Processi evolutivi e cooperazione
terapeutica.
Rivista "Interazioni" nr 1/1995 - Franco Angeli