



L'uso dei differenti formati nel modello sistemico familiare-individuale

1° Convegno dell'associazione "Centri Mara Selvini Anoressia e Disturbi del comportamento alimentare"

Stefano Cirillo

La scelta del formato di seduta - e quindi delle convocazioni - è probabilmente la tecnica più potente in terapia familiare. E questo per due ragioni.

La più evidente è che il formato determina il sistema su cui l'équipe intende intervenire, e dunque il gioco in atto che si desidera osservare (per definizione non riproducibile sommando le osservazioni compiute in singoli colloqui individuali). Anche i contenuti che si vogliono esplorare e le informazioni che si decide di raccogliere saranno determinati dalla scelta del formato. Si ricordi il semplice concetto che più siamo interessati a ottenere un dato "oggettivo" più dovremo ridurre il formato (alcune informazioni saranno fornite esclusivamente dall'interessato in un colloquio individuale), più invece miriamo a cogliere delle relazioni e più dovremo allargare la convocazione, per non accontentarci di mere descrizioni di rapporti.

Prendiamo l'esempio di Sabina, anoressica restrittiva di quattordici anni, unicogenita. Nei colloqui preliminari emerge una coincidenza tra l'esordio sintomatico e la scoperta, da parte della madre della ragazza, di una infatuazione del marito, medico, per una sedicenne a cui lei dava lezione di pianoforte. Le sedute di consultazione dedicate a cogliere il senso e il bersaglio della protesta rancorosa della ragazza, che si indirizza tanto al padre (che mette a repentaglio la vita familiare, umilia la moglie e tradisce per così dire anche la figlia con una coetanea) quanto alla madre, le cui reazioni verso il marito appaiono a Sabina deboli e inadeguate. Un successivo colloquio individuale con il padre esplora l'origine del suo risentimento verso la moglie, che lo induce ad un attacco tanto sconsiderato.

La seconda ragione, meno ovvia, è che stabilire chi invitiamo alle sedute invia un potentissimo messaggio alla famiglia.

Per esempio, escludere una persona da un incontro segnala che riteniamo che i confini della famiglia non comprendano tale soggetto, oppure che non lo consideriamo una risorsa per l'intervento, o anche che riteniamo che gli altri potranno esprimersi più liberamente in sua assenza. Viceversa, una convocazione allargata invia un messaggio di attinenza: le persone che sono invitate a una seduta ricevono l'evidente comunicazione che hanno a che fare con il problema e/o nello stesso tempo che costituiscono una risorsa per affrontarlo.

Nel caso in questione, una seduta con la madre di Sabina e suo fratello, anch'egli medico e di molto maggior successo del cognato, tocca l'irrisolto legame tra la signora e il fratello, al quale si appoggia e di cui chiede ripetutamente il consiglio, ingelosando così il marito, che si sente squalificato come riferimento per la figlia e messo al secondo posto nella considerazione della moglie.

Va sottolineato che in una psicoterapia come la nostra, basata sullo scambio verbale, e quindi affidata alla parola, naturalmente arricchita di tutti gli aspetti analogici dell'interazione comunicativa, la scelta di chi è convocato attiene alla sfera dei fatti e riporta così la nostra terapia familiare ad una delle caratteristiche originarie dell'approccio sistemico, quella di passare attraverso le azioni e di non essere solo un trattamento verbale.

Mara Selvini ricordava che l'obiettivo della terapia è proprio il produrre fatti, che indurranno reazioni tali da scatenare in risposta altri fatti, in un vortice comunicativo ed esperienziale che

innescherà auspicabilmente un cambiamento.

In passato, abbiamo avuto protocolli di convocazione predefiniti, che seguivano degli schemi rigidi. L'équipe di Paradosso e controparadosso fissava come indicazione per i formati di iniziare dal sistema più allargato, che includesse eventuali persone significative al di là della famiglia nucleare: un inviante profondamente coinvolto con la famiglia, un familiare convivente con il nucleo o anche che non coabitasse ma risultasse intensamente presente e forse interferente nella gestione della vita familiare. La convocazione successiva era rivolta alla sola famiglia nucleare, congedando definitivamente gli altri, con un intervento di tipo strutturale che fissava i confini della famiglia in accordo con l'organigramma formale. Le ulteriori sedute avvenivano di regola sempre con tutta la famiglia.

Rivedendo la casistica di questi ultimi anni, mi sono reso conto che non ci è più accaduto di convocare alla prima seduta né un inviante né un familiare, forse per l'avanzare del processo sociologico di nuclearizzazione della famiglia italiana. È caduta anche la regola di procedere abitualmente sempre con sedute congiunte. È rimasto invece valido il procedere dal formato più allargato verso il più ridotto, tranne nel caso di terapie individuali in cui si operano allargamenti successivi.

Un altro protocollo rigido ben noto è quello che risale al periodo della prescrizione invariabile, inventata da Mara Selvini e Giuliana Prata, che prevedeva due sedute con la famiglia nucleare e successivamente il congedo dell'anoressica assieme agli altri eventuali fratelli e sorelle, con un equilibrio sottile tra l'imputazione allusiva dei genitori (invitiamo loro perché il problema è di coppia) e la sfida esplicita alla paziente a cessare di immischiarsi nella sfera della coppia genitoriale.

Di questo periodo è rimasta l'indicazione a lavorare su sottosistemi generazionali e l'attenzione a stabilire un'alleanza terapeutica con la generazione di mezzo, quella dei genitori, che è di solito l'unica ad esprimere una domanda d'aiuto.

Ora anziché ricorrere a protocolli fissi ci indostriamo a strutturare trattamenti caratterizzati da formati flessibili, individuati volta per volta a seconda della specificità del caso e dell'avanzare del processo terapeutico. La scelta del formato risponde dunque ad esigenze dettate dal buon senso (non proporre convocazioni cervelotiche e improbabili) e insieme dalla creatività (non limitarsi a formati banali, ispirati puramente alla consuetudine o peggio ancora appiattiti sulla domanda esplicita: è richiesta una terapia individuale e quindi facciamo venire solo l'anoressica anche se non funziona...).

I criteri in base ai quali procediamo alla convocazione sono sei, oltre a quello fondamentale già indicato in premessa relativo all'ipotesi relazionale che abbiamo formulato, che ci porta a scegliere quale sistema vogliamo vedere in azione e che messaggio di attinenza intendiamo inviare.

1. La domanda

Il nostro contesto (un Centro di terapia familiare) seleziona ovviamente la popolazione che vi si rivolge, costituita quasi esclusivamente da genitori che chiedono aiuto per la figlia. Però la perdurante fama della sua fondatrice e direttrice Mara Selvini come terapeuta di anoressiche fa sì che ancora riceviamo anche domande meno orientate alla terapia familiare domande meno specifiche, di persone desiderose di un aiuto per la cura dei disturbi alimentari, tra cui anche qualche (rara) telefonata direttamente da una paziente.

In questo caso, vanno ovviamente tenute presente le condizioni generali che consentono una presa in carico individuale, valide per qualunque problema:

- a) Età adulta del paziente;
- b) Livello di autonomia raggiunto (economica, abitativa, psicologica);
- c) Domanda espressa direttamente dall'interessato;
- d) Presenza di una reale motivazione, essendo il sintomo vissuto come egodistonico;
- e) Buon funzionamento globale.

È ovviamente molto raro che nel campo dei disturbi alimentari queste cinque condizioni siano

rispettate. Nel gruppo di trattamenti che sto attualmente conducendo nel settore dei disturbi alimentari, come terapeuta diretto o come co-terapeuta, che ammontano a quindici, vedo una sola paziente individualmente.

Si tratta di una giovane psicologa che chiede un percorso personale di rielaborazione della propria storia e di alcuni nodi irrisolti. Solo in un secondo tempo rivela una modesta sintomatologia bulimica, "strascico" di una severa anoressia restrittiva intervenuta in età adolescenziale e mai trattata. Sono previsti allargamenti familiari da concordare.

In tutti gli altri casi, il contratto - stipulato con i genitori, la paziente ed eventuali fratelli (Selvini, 2003) - è di una consultazione familiare.

2. La struttura della famiglia

Anche sotto questo punto di vista, il nostro Centro seleziona la casistica - come abbiamo detto più volte (Selvini Palazzoli et al., 1998) - nel senso di famiglie "intatte" (genitori al primo matrimonio, tuttora conviventi, con figli). Sempre in questo piccolo campione personale, però trovo anche:

a) Un'adolescente unicogenita figlia di una madre nubile che tuttora convive - pur avendo superato la cinquantina - con la vecchia madre e un fratello maggiore celibe. In questo caso sono stati convocati tutti i familiari significativi prima di ridurre il formato a madre e figlia.

b) Due genitori separati con unica figlia adolescente, uno risposato e con un figlio dal secondo matrimonio, l'altra da poco convivente senza altri figli. La convocazione iniziale è stata del nucleo originario, malgrado la separazione fosse precedente alla nascita della bambina e il conflitto tutt'oggi accesissimo. Sono stati poi convocati separatamente ciascun genitore e la figlia. Quindi gli stessi con il nuovo partner. Si è poi proceduto alternando sedute parallele padre/figlia e madre/figlia, con occasionali "punti della situazione" a tre. La ragazza è in terapia individuale nella città di residenza.

c) Due genitori separati, con figlia adulta, senza altri figli, la madre risposata da anni, il padre con una recentissima convivenza (con una coetanea della figlia). La paziente vive alternativamente con i due genitori, in due città diverse. In questo caso è stata sperimentata una convocazione iniziale della paziente con i "tre genitori" contemporaneamente (secondo un interessante suggerimento di Van Cutsem, 1999), per poi ricalcare lo schema, più abituale, del caso precedente. L'ultima parte del trattamento è consistita in sedute individuali parallele della paziente e della madre (con due diversi terapeuti), quest'ultima a volte accompagnata dal marito, e più raramente del padre con la figlia.

d) Una paziente sposata, cronica dall'adolescenza, preoccupata delle ricadute della propria sintomatologia (oggi bulimica) sulla figlia preadolescente. La consultazione si è svolta con i membri della famiglia nucleare, la terapia è proseguita con prevalenza di formati di coppia. Sono previste sedute individuali di entrambi i coniugi con le rispettive famiglie di origine.

e) Due genitori entrambi al secondo matrimonio, con unica figlia adolescente. Solo il padre ha un altro figlio, adulto e sposato, che vive all'estero e non è stato visto. I formati sono ovviamente analoghi a quelli utilizzati con famiglie al primo matrimonio.

Per quanto riguarda gli altri casi, i formati per le famiglie cosiddette "intatte" sono quelli già descritti nel lavoro del 1998. Voglio sottolineare soltanto che mai è stato proposto un formato padre/figlia o madre/figlia in coppie non separate, che spesso è proposto da terapeuti inesperti, mantenendo invece la divisione in sottosistemi generazionali (genitori da un lato, figli dall'altro). Infine sono sempre più in crescita le famiglie con figlia unica (sei su quindici in questo mio gruppo), rendendo ovviamente impossibile il ricorso alla convocazione della fratria.

3. Ciclo di vita della famiglia, età (e genere) del(la) paziente

Come ho detto, solo una paziente era sposata; tutte le altre convivevano con i genitori. Una si è sposata durante il trattamento e in questo caso il coniuge è stato invitato. Una ha concluso

il trattamento in coincidenza con il matrimonio, un'altra con la gravidanza (senza convivenza). Dunque la quasi totalità delle convocazioni iniziali prevedeva la presenza della famiglia nucleare. Come già detto (1998), il formato genericamente più indicato prevede l'alternanza tra sedute familiari (con vari formati: congiunte, divise per sottosistemi genitori - anche individualmente - e fratria) e sedute individuali della paziente. Quest'ultimo formato, in linea generale, diviene sempre più raccomandabile al crescere dell'età della paziente. Alcune delle pazienti più giovani non vanno oltre uno-due incontri individuali, vuoi perché li rifiutano, vuoi perché l'équipe non giudica produttivo proseguire con tale formato.

Nel caso di terapie condotte con formati paralleli, allorché si punta in particolare su uno dei genitori, questo è di regola il genitore dello stesso sesso del paziente: il che significa, nella casistica dei disturbi alimentari, pressoché sempre la madre. Tra i miei quindici casi c'è un solo maschio, tredicenne, per il quale si profila l'opportunità di vedere da solo il padre, che risulta il modello identificatorio di un paziente estremamente doverista e perfezionista, che pare raccogliere dal padre l'invito implicito alla rimozione dell'assertività e dell'aggressività.

4. Terapie pregresse e in corso

La proposta di colloqui individuali in parallelo alle sedute familiari va formulata con cautela nei casi di ragazze che sono state nel passato già pluritrattate con terapie personali. Queste pazienti di solito vivono con sollievo le convocazioni esclusivamente congiunte (o al massimo di fratria), che riducono la loro designazione. Per alcune si arriva a un lavoro individuale solo in fase avanzata della terapia.

Una consistente parte delle nostre pazienti giunge alla consultazione familiare quando è già in corso una psicoterapia individuale. Mentre in un passato ormai lontano si giudicava indesiderabile questa evenienza, che veniva dunque rifiutata, ormai da anni accettiamo la domanda dei genitori di una presa in carico parallela, purché naturalmente il terapeuta individuale sia d'accordo e accetti almeno un minimo di collaborazione. Spesso le nostre famiglie arrivano da lontano, per cui i nostri contatti con il terapeuta della ragazza si limitano a qualche telefonata. Sono però rari, anche con colleghi di Milano, dei reali momenti di integrazione: per questa difficoltà preferiamo di gran lunga non indirizzare all'esterno le pazienti non ancora in carico individualmente e per le quali si porrà l'indicazione di un lavoro parallelo, distribuendo in tal caso i diversi ruoli tra i membri della nostra équipe.

Quando la paziente è in terapia individuale da un collega, a volte ci autorizziamo (con prudenza) a proporle egualmente uno-due incontri individuali, specialmente quando non possiamo effettuare sedute con la fratria, per una conoscenza più diretta della ragazza e/o la necessità di affrontare tematiche inadatte a una seduta con i genitori.

5. Risorse familiari

In Ragazze anoressiche e bulimiche abbiamo trattato questo tema in due capitoli centrali ("Quando tutti collaborano" e "Quando non tutti collaborano"), descrivendo le differenti strategie cui ricorrere quando non tutti i membri della famiglia sono disponibili al trattamento.

Se devo basarmi su questi ultimi quindici casi, direi che nella patologia alimentare è eccezionale il rifiuto aperto di qualcuno a partecipare al trattamento, anche se magari solo con la semplice presenza. Anzitutto nessuna di queste quindici pazienti si è sottratta alla consultazione familiare, anche se, come ho detto, alcune hanno mostrato resistenze elevate alle convocazioni individuali parallele.

Neanche i familiari (tanto i genitori che i fratelli e le sorelle) si sono mai rifiutati di intervenire agli incontri congiunti iniziali. Questa disponibilità ad una collaborazione almeno formale è decisamente più alta di quella che si riscontra con altre patologie (psicosi, tossicodipendenza, disturbi antisociali...), dove è facile imbattersi in pazienti che rifiutano di partecipare, nonché in un genitore che si sottrae, più facilmente il padre.

Ciò non significa che tutti i familiari alla lunga si siano rivelati una risorsa.

La terapia della ragazza che viveva con la madre nubile e la famiglia allargata si è conclusa con un fallimento (e una successiva terapia individuale a distanza di due anni), per l'assoluta impossibilità di indurre una qualunque relazione empatica e ravvicinata tra la paziente e qualcuno dei familiari.

Anche la paziente con "tre genitori" ha finito per essere seguita prevalentemente in sedute individuali, pur rimanendo un contatto regolare, ma distanziato, con la madre e uno del tutto occasionale con il padre.

In altri due casi la terapia familiare, durata molto a lungo, ha esitato in un trattamento individuale della paziente, ormai ben differenziata e considerevolmente migliorata.

Solo una volta (nel caso di Sabina) il trattamento (breve) si è concluso con un lavoro individuale della madre, la cui figlia, molto giovane, aveva abbandonato il sintomo, ma preoccupava per tratti di personalità fortemente disfunzionali.

A livello di fratria, in un solo caso una sorella è risultata una reale risorsa; un'altra volta le sedute con i due fratelli maschi maggiori sono state davvero illuminanti. In una terza situazione il fratello della paziente è stato preso in carico individualmente, con buoni risultati per lui e una ricaduta positiva sulla sorella (cronica da anni).

6. Personalità

I tratti di personalità riscontrati nelle nostre ragazze inducono a scelte diverse quanto a formato.

La prevalenza di tratti dipendenti orienta a un trattamento parallelo, con rinforzo dell'assertività di madre e figlia. Va detto però che questa diagnosi si rivela ormai un'evenienza molto rara nella nostra casistica! Io personalmente sono anni che non posso ricorrere a tale formato.

La prevalenza di tratti borderline (o il disturbo borderline vero e proprio, che come è stato detto da Sorrentino non è infrequente) deve spingere a cercare residue risorse familiari, in nuclei che sono ovviamente caotici e con genitori a loro volta spesso portatori di tratti di personalità appartenenti al cluster drammatico e quindi estremamente impegnativi. In parallelo, la presa in carico individuale della paziente - che di solito si impone - richiede pazienza, costanza, supporto dell'équipe al terapeuta diretto (di fronte agli agiti più destabilizzanti), possibilità di una integrazione agevole con uno psichiatra di fiducia.

La prevalenza di tratti ossessivi ed evitanti, combinazione assai frequente, rende molto improbabile che l'offerta di un formato individuale sia accolta dalla paziente o risulti comunque produttiva. Andranno quindi preferiti formati familiari, cercando di perseguire due strategie (che non si escludono a vicenda): la valorizzazione da parte del padre, che spesso può influire positivamente sull'autostima della figlia, specie sul versante cognitivo e prestazionale, e un "riattaccamento" alla madre, che riduca la distanza e la solitudine della ragazza.

Com'è ovvio i tratti narcisistici rappresentano l'ostacolo maggiore: di solito tentiamo inizialmente di ricorrere solo a formati familiari, mescolando aspetti di sfida (diretti alla convinzione difensiva della paziente di essere "speciale") e di riaccudimento, preparando un eventuale futuro aggancio individuale quando le caratteristiche di superiorità e sottile disprezzo della paziente verso la terapia si saranno attenuate.

A conclusione, va ribadito che nessuno di questi sei criteri può essere sufficiente da solo a orientare l'équipe nella scelta del formato, come in una ricetta; vanno invece tutti tenuti presenti, assieme al primo, quello fondamentale, relativo all'ipotesi sul gioco familiare in atto. Sempre più spesso ricorriamo a un breve momento alla fine di ogni seduta per discutere con i vari membri della famiglia sul formato che riterrebbero più produttivo per il prossimo incontro. Ne emergono spesso molte informazioni interessanti, ma soprattutto si stabilisce un clima sempre più collaborativo. Naturalmente l'équipe si riserva poi di decidere in merito.