

Alleanze Terapeutiche nella Terapia di Coppia e della Famiglia

Una guida alla pratica basata su evidenze empiriche

Myrna L. Friedlander, Valentín Escudero, Laurie Heatherington

edizione italiana a cura di Silvia Mazzoni

Firera & Liuzzo Publishing è un marchio di Firera & Liuzzo Group

© 2010 - Firera & Liuzzo Group
Via Boezio, 6 - 00193 Roma
www.fireraliuzzo.com

ISBN: 978-88-6538-001-7

Titolo dell'opera originale: *Therapeutic Alliances in Couple and Family Therapy*
An Emperically Informed Guide to Practice

© 2006 by the American Psychological Association
750 First Street, NE
Washington, DC 20002

Edizione italiana a cura di Silvia Mazzoni

Traduzione di Emilia Grasseti

Firera & Liuzzo Group è un membro di

 **Knowledge Consortium**
Publishing • Education • Research • Consulting

Myrna L. Friedlander, Valentín Escudero e Laurie Heatherington

ALLEANZE TERAPEUTICHE NELLA TERAPIA DI COPPIA E DELLA FAMIGLIA

Una guida alla pratica basata su evidenze empiriche

*Se evito di intromettermi fra le persone, queste si prendono cura di loro stesse,
Se evito di dare ordini alle persone, queste si comportano per quello che sono,
Se evito di predicare alle persone, queste migliorano se stesse,
Se evito d'impormi sulle persone, queste diventano loro stesse.*

LAO-TSE

INDICE

| | |
|---|-----|
| <i>Presentazione</i> | 9 |
| <i>Ringraziamenti</i> | 13 |
| <i>Introduzione</i> | 15 |
| Introduzione generale | |
| 1 L'alleanza terapeutica in psicoterapia | 21 |
| 2 Introduzione al Sistema di Osservazione delle Alleanze in Terapia Familiare | 41 |
| 3 Osservare l'Alleanza | 61 |
| Le dimensioni del SOFTA | |
| 4 Coinvolgimento nel processo terapeutico | 79 |
| 5 Connessione emotiva con il terapeuta | 95 |
| 6 Sicurezza all'interno del sistema terapeutico | 115 |
| 7 Senso di uno scopo condiviso all'interno della famiglia | 131 |
| 8 Le componenti dell'alleanza | 149 |
| Le sfide e le opportunità nell'alleanza | |
| 9 La riparazione delle alleanze scisse (<i>split alliances</i>) | 167 |
| 10 La diversità all'interno dell'alleanza | 185 |

| | | |
|--|---|-----|
| 11 | Terapia con clienti non motivati e obbligati al trattamento | 203 |
| 12 | Problemi a somma zero | 217 |
| 13 | Il controtransfert del terapeuta | 233 |
| 14 | Le mancate alleanze fra gli operatori professionali | 251 |
| Conclusioni | | |
| 15 | Costruire e mantenere alleanze sane | 267 |
| <i>Appendice A: SOFTA-o (Cliente e Terapeuta)</i> | | |
| | | 275 |
| <i>Appendice B: SOFTA-s (Cliente e Terapeuta)</i> | | |
| | | 291 |
| <i>Appendice C: Scala della costruzione dei problemi e profilo riassuntivo</i> | | |
| | | 297 |
| <i>Bibliografia</i> | | |
| | | 301 |

PRESENTAZIONE

Vittorio Lingiardi, Silvia Mazzoni

La psicoterapia con le coppie e con le famiglie si è diffusa in Italia negli anni '70, in una fase storica in cui, come è noto, gli psichiatri e gli psicologi italiani iniziavano a guardare ai disturbi mentali con occhi diversi da quelli della "tradizione" e cercavano strumenti alternativi per la loro valutazione e la loro cura (Bertrando, Toffanetti, 2000; Bruni, Defilippi, 2007).

Uno degli obiettivi dei terapeuti familiari era l'acquisizione della capacità di tradurre il linguaggio dei sintomi in ipotesi e narrazioni che fossero riconducibili alle "regole" del contesto di appartenenza del paziente. Si trattava di un approccio molto promettente, soprattutto perché permetteva agli operatori della salute mentale di considerare la possibilità di gestire la crisi psicopatologica anche al di fuori dell'ospedale: nell'ambiente "naturale" in cui essa si era espressa in quella specifica fase del ciclo vitale dell'individuo e della famiglia.

Del resto, quando furono aperti gli ospedali psichiatrici, le famiglie, fino a quel momento spesso rimaste al di qua della soglia della cura, iniziarono a comparire nei Dipartimenti di Salute Mentale. Per esempio, tranne nei casi di inserimento del paziente in comunità terapeutica, era a loro che veniva chiesto di gestire le esigenze quotidiane dei loro congiunti in difficoltà, seppur appoggiati alle cure mediche, psicologiche e riabilitative dei servizi territoriali.

I pionieri italiani della terapia familiare - Mara Selvini Palazzoli e Luigi Cancrini, seguiti da Luigi Boscolo e Gianfranco Cecchin; Gaspere Vella e Camillo Loredi; Maurizio Andolfi, Anna Maria Nicolò e Carmine Saccu; Piero De Giacomo e Gianpaolo Pierri (Bruni, Defilippi, 2007) - in breve tempo fondarono scuole che presto si diffusero in tutto il paese. Così come rapidamente si diffusero le conoscenze acquisite tramite l'incontro con i colleghi stranieri, inizialmente soprattutto Salvador Minuchin, Jay Haley e Carl Whitaker (Andolfi, 2003), e quelle scaturite dalle prime attività di ricerca sul campo. A livello nazionale, queste ultime riguardavano soprattutto l'approccio a forme psicopatologiche specifiche, in particolare le psicosi giovanili, le anoressie mentali e le tossicodipendenze, nonché le diverse forme del disagio infantile, inclusa l'area della grave disabilità.

I primi a specializzarsi in psicoterapia sistemico-relazionale furono proprio gli psicologi e gli psichiatri che lavoravano presso i servizi psichiatrici territoriali e in particolare quelli competenti nell'intervento sulle tossicodipendenze.

Parallelamente, gli interventi di consulenza familiare, in particolare quelli centrati sul sostegno nelle fasi di formazione della coppia e nascita dei figli, cominciavano ad es-

sere applicati in vari contesti, terapeutici e non. Dalla consulenza e terapia di coppia offerta nei consultori familiari alla fine degli anni '70, si passò progressivamente a forme diversificate di sostegno alla genitorialità anche nell'ambito dei servizi sociali e soprattutto dei centri per la famiglia ormai presenti in molti comuni. È in questo contesto che, alla fine degli anni '80, venne a definirsi anche in Italia l'intervento di Mediazione Familiare: una forma di intervento specifica per i partner che intendono separarsi, che privilegia il lavoro nel qui ed ora e si basa sulla negoziazione di accordi soddisfacenti per la riorganizzazione delle relazioni della famiglia separata. Un intervento assai diverso dalla terapia di coppia, dunque, tuttavia basato sull'alleanza di lavoro tra i due partner e il mediatore che li aiuta ad elaborare il conflitto.

Un altro settore in cui il lavoro terapeutico con le famiglie ha visto una notevole diffusione è quello rivolto ai bambini che presentano sintomi a diversi livelli di psicopatologia: richiesti dalle famiglie o dalla scuola, tali interventi hanno lo scopo principale di sostenere gli adulti nello svolgimento del loro ruolo nel sistema regolatore del Sè del bambino (Sander, 2007). Inoltre, la terapia genitori-figli ha consentito anche di osservare e valutare i modi, funzionali o disfunzionali, con cui la famiglia si organizza per mezzo di pattern interpersonali che possono costituire un fattore di rischio nelle traiettorie evolutive degli vari componenti.

Può essere utile, come suggerisce Wynne (1986), classificare gli interventi clinici rivolti alla coppia e alla famiglia distinguendo tra: a) interventi mirati alla ridefinizione relazionale e contestuale dei comportamenti sintomatici individuali e b) interventi focalizzati fin dall'inizio sulla disfunzione relazionale perché i clienti esplicitano tale disagio nella loro domanda. Nel primo caso ci troviamo di fronte a trattamenti propriamente psicoterapeutici che affrontano la psicopatologia in un'ottica relazionale; nel secondo caso, sarebbe forse più opportuno parlare di consulenza più che di psicoterapia, anche se tale distinzione, come sappiamo, può avere confini molto sottili.

In entrambi i casi, la relazione che il clinico (così come il consulente o il mediatore) deve stabilire con la coppia o la famiglia, richiede competenze specifiche, soprattutto per affrontare la complessità dell'analisi della domanda (dove non un solo soggetto, ma più soggetti in relazione tra loro formulano richieste nel contesto del trattamento) e dell'alleanza terapeutica o di lavoro.

Il setting dei trattamenti rivolti alle coppie e alle famiglie prevede strumenti e metodi del tutto compatibili con gli standard oggi richiesti alla ricerca in psicoterapia (Dazzi, Lingiardi, Colli, 2006):

1. il lavoro terapeutico o consulenziale viene preferibilmente svolto da un'équipe in cui possiamo distinguere la figura del clinico che conduce la seduta da quella di chi svolge una supervisione, o una co-visione, e osserva le interazioni dietro lo specchio unidirezionale. La valutazione può dunque essere condotta da giudici indipendenti;
2. le sedute vengono videoregistrate: ciò consente la possibilità di valutare e codificare il materiale in momenti successivi alla seduta, e la collaborazione di valutatori non implicati nel lavoro clinico;
3. nel corso delle sedute è possibile proporre alla coppia e alla famiglia di collaborare attraverso lo svolgimento di compiti strutturati, o parzialmente strutturati,

seguendo le indicazioni fornite dal clinico. Ciò consente di progettare ricerche basate su prescrizioni invariante che favoriscono il confronto tra soggetti diversi di un campione preso in esame;

4. svariati strumenti di ricerca (narrativi, grafici, self-report, clinician-report, ecc), possono essere inclusi nel set di compiti che il clinico propone durante le sedute;
5. oltre alle narrative che le coppie e le famiglie propongono durante le sedute per descrivere le diverse rappresentazioni di sé, delle relazioni e delle situazioni critiche che hanno portato alla richiesta di aiuto, è possibile valutare i pattern di interazione a livello comportamentale (per esempio considerando le diverse sequenze con il metodo microanalitico, mesoanalitico o macroanalitico; Kerig, Lindhal, 2001) e così limitare la componente inferenziale eccessivamente legata al modello teorico dell'osservatore.

Come ogni altra interazione clinica, dunque, anche i trattamenti rivolti alla coppia e alla famiglia possono essere sottoposti a una valutazione utile a fini sia clinici sia di ricerca. Stupisce pertanto, nel contesto italiano, la scarsità di pubblicazioni sulla valutazione dell'efficacia delle psicoterapie di coppia e familiari, soprattutto per ciò che riguarda la ricerca sul processo e in particolare il tema dell'alleanza terapeutica (Bertrando, 1991). Se, infatti, negli ultimi trent'anni la ricerca sull'alleanza nelle terapie individuali ha conosciuto, sia nel nostro paese sia a livello internazionale, uno straordinario sviluppo (Bordin, 1976; Colli, Lingiardi, 2009; Horvath, Bedi, 2002; Horvath, Luborsky, 1993; Lingiardi, 2002; Safran, Muran, 2000, 2006), lo stesso non si può dire per le terapie di coppia e familiari dove, come osservano Malagoli Togliatti e Lubrano Lavadera (2006), l'Italia è rimasta indietro rispetto ai risultati ottenuti dai colleghi stranieri (per esempio Davidson, Horvath, 1997; Robbins et al. 2003, 2006).

Proporre al pubblico italiano la traduzione del volume di Friedlander, Escudero e Heatherington ci sembra dunque un'ottima occasione non solo per fare il punto sulle attuali teorie e ricerche sull'alleanza terapeutica nella terapia di coppia e familiare e presentare il SOFTA (System for Observing Family Therapy Alliances: un sistema transteorico, multidimensionale e interpersonale di osservazione delle alleanze in terapia familiare), ma anche per stimolare e sostenere tutti coloro che in Italia lavorano in ambito clinico con le coppie e le famiglie e sono interessati ad avviare un lavoro di ricerca e, come vedrete dalle caratteristiche del SOFTA, di formazione.

Bibliografia

- Andolfi M. (a cura di) (2002). *I pionieri della terapia familiare*. Angeli, Milano.
- Bertrando, P. (1991). "La ricerca: un aggiornamento". In Gurman, A.S., Kniskern, D.P. (a cura di), *Manuale di terapia familiare*. Tr. it. Bollati Boringhieri, Torino, 1995.
- Bertrando P., Toffanetti D. (2000). *Storia della Terapia Familiare*. Raffaello Cortina, Milano.
- Bordin, E. S. (1976). "The generalizability of the psychoanalytic concept of the wor-

- king alliance". *Psychotherapy: Theory, Research, Practice and Training*, 16, pp. 252-260.
- Bruni F., Defilippi P.G. (2007). *La tela di Penelope. Origini e sviluppi della terapia familiare*. Boringhieri, Torino.
- Colli, A., Lingiardi V. (2009). "The Collaborative Interactions Scale: A new transcript-based method for the assessment of therapeutic alliance ruptures and resolutions in psychotherapy." *Psychotherapy Research*, 19, 6, pp. 718-734.
- Davidson, N.S.G., A. Horvath, O. (1997). "Three sessions of Brief Couples Therapy: A clinical trial". *Journal of Family Psychology*, 11(4), pp. 442-435.
- Dazzi, N., Lingiardi, V., Colli, A. (a cura di). *La ricerca in psicoterapia. Modelli e strumenti*. Raffaello Cortina, Milano.
- Horvath, A. O., Bedi, R., P. (2002). "The alliance". In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions responsiveness to patients*. New York: Oxford University Press, pp. 37-70.
- Horvath, A. O., Luborsky, L. (1993). "The role of the therapeutic alliance in psychotherapy". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, pp. 561-573.
- Kerig P.K., Lindhal K.M. (2006). *Sistemi di codifica per l'osservazione delle relazioni familiari*. Angeli, Milano.
- Lingiardi, V. (2002). *L'alleanza terapeutica*. Raffaello Cortina, Milano.
- Malagoli Togliatti, M., Lubrano Lavadera, A. (2006). "La ricerca in psicoterapia sistemico-relazionale. Stato dell'arte e linee guida per la ricerca sulla terapia familiare". In: Dazzi N., Lingiardi V., Colli A. (a cura di), *La ricerca in psicoterapia*. Raffaello Cortina, Milano, pp. 775-800.
- Robbins, M. S., Turner, C. W., Alexander, J. F., Perez, G. A. (2003). "Alliance and dropout in family therapy for adolescent with behavior problems: Individual and systemic effects". *Journal of Family Psychology*, 17, 534-544.
- Robbins, M. S., Liddle, H. A., Turner, C. W., Dakof, G. A., Alexander, J. F., Kogan, S. M. (2006). "Adolescent and parent therapeutic alliance as predictor of dropout in multidimensional family therapy". *Journal of Family Psychology*, 20(1), 108-116.
- Safran, J.D., Muran, J.C. (2000). *Teoria e pratica dell'alleanza terapeutica*. Tr. it. Laterza, Roma, 2003.
- Safran, J.D., Muran, J.C. (2006). "Has the concept of therapeutic alliance outlived its usefulness?". *Psychotherapy: theory, research, practice, training*, 43(3), pp. 286-291.
- Sander L. (2007). *Sistemi viventi: l'emergere della persona attraverso l'evoluzione della consapevolezza*. Raffaello Cortina, Milano.
- Wynne L.C., McDaniel S.H., Weber T.T. (1986). *Systems consultation: a new perspective for family therapy*. Guilford Press, New York.

RINGRAZIAMENTI

Ringraziamo tutti coloro che hanno contribuito a concettualizzare, sviluppare e validare il Sistema di Osservazione delle Alleanze in Terapia Familiare (SOFTA-System for Observing Family Therapy Alliances). La ricerca sullo strumento non si sarebbe potuta condurre senza il contributo di Marylin Wheeler, direttore esecutivo del Counseling Care and Services (Cohoes, New York) e dei terapeuti che vi lavorano; gli assistenti sociali ed i terapeuti della Fundación Meniños (La Coruña, Spagna); ed in particolar modo i genitori ed i bambini che sono stati clienti all'interno dei programmi dei due suddetti organismi.

Nelle fasi iniziali del progetto, un valido contributo è stato fornito dalle seguenti persone: Marsha Cutting, Nancy Field, Pamela Lehman, e Marilyn McKee, Jane Hingham, Nathan Haar, Melissa Horn, e Jessica Lambert hanno coordinato la raccolta dei dati, e Adam Horvath, Laura Deihl, e Kristin Talka hanno collaborato nella validazione degli strumenti. Manuel A. Linares ha sviluppato il software per gli strumenti di osservazione mentre Matthew Martens e Richard F. Haase hanno contribuito attraverso le loro competenze statistiche. Jianjun Wang e Roderick J. Beaton, entrambi dell'ufficio IT del Williams College, hanno fornito un prezioso aiuto tecnologico. Ana Martinez-Risco, Michael Beck, e Amanda Ferrier hanno collaborato nella traduzione inglese-spagnolo, mentre Elisabeth Mulligan, Janette Funk, e Justin Lavner hanno lavorato alla rassegna della letteratura ed alla stesura della bibliografia. In particolar modo, apprezziamo l'impegno ed il tempo messo a disposizione dai molti studenti che hanno valutato le videoregistrazioni attraverso il SOFTA-o ed i numerosi attori che ci hanno aiutato a creare le simulate del training.

Ringraziamo i ricercatori ed i supervisori dell'Unità di Terapia Familiare dell'Università de La Coruña: Silvia López-Larrosa, Pepe Rodriguez-Arias, Lola e Manolo Romero, Marcela Santorum e Nuria Varela. Siamo inoltre grati ai colleghi Emilio Gutierrez (Università di Santiago), Mark Beyebach (Università Pontificia di Salamanca), Miguel Garrido (Università di Siviglia) e José A. Ríos (Università Complutense di Madrid).

Infine, ringraziamo infinitamente le nostre famiglie per il loro affetto che ci ha supportato durante la creazione di questo progetto.

INTRODUZIONE

Il modo in cui concettualizziamo e pubblicizziamo il lavoro degli psicoterapeuti ha implicazioni cruciali per la teoria, la ricerca, la pratica, l'addestramento e le politiche sociali. Negli anni '90 la pressione crescente verso l'uso di farmaci psicotropi per alleviare la sofferenza umana e le ragionevoli argomentazioni contro il proliferare di terapie inutili e potenzialmente dannose, fecero sì che si lanciasse un appello all'identificazione di trattamenti psicosociali validi. Rispondendo all'appello, la Divisione 12 (*Society of Clinical Psychology*) dell'*American Psychological Association* commissionò una task force per sviluppare una lista di trattamenti validati empiricamente, ovvero terapie di "provata efficacia" in trials clinici randomizzati (Nathan & Gorman, 1998), ora conosciuti come Trattamenti Supportati Empiricamente (*empirically supported treatments*). Questi trattamenti sono stati promossi in lungo e in largo, con il mandato – tanto percepito quanto esplicito – di guidare (o, come alcuni temono, limitare) la pratica e l'addestramento a livello clinico.

Alcuni critici hanno sostenuto che, contrariamente alla realtà della pratica clinica, questi studi sono condotti con controlli rigidi, criteri di esclusione e intervalli di tempo standardizzati e quindi non possono fornire risposte inequivocabili a domande sull'*effectiveness* (Westen, Novotny, & Thompson-Brenner, 2004). Altri hanno sostenuto che focalizzandosi sulla tecnica, si rischia di perdere di vista la relazione terapeutica, tanto che "la lista di trattamenti supportati empiricamente e la maggior parte delle linee guida pratiche tracciano il profilo di un terapeuta disincarnato che fornisce procedure su disturbi in Asse I" (Norcross, 2002, p. 4). Contrariamente al modello strettamente medico in cui la persona del dottore è secondaria al trattamento e le caratteristiche individuali del paziente sono meno importanti rispetto ai sintomi e alla diagnosi, in psicoterapia "la persona dello psicoterapeuta è inestricabilmente intrecciata con l'esito della terapia" (Norcross, p. 4). Questo punto di vista è ampiamente supportato dalla letteratura empirica sui fattori comuni, come l'accendersi della speranza, un atteggiamento accogliente e positivo, la catarsi, l'esplorazione degli aspetti emotivi, i cambiamenti cognitivi, il coinvolgimento del cliente e così via, che vanno al di là degli approcci e delle modalità di trattamento (Goldfried & Wolfe, 1996; Norcross, 2002; Wampold, 2001).

Praticamente in tutte le descrizioni dei fattori comuni e dei principi di cambiamento, l'alleanza di lavoro fra il terapeuta e il cliente occupa un posto centrale. L'alleanza è una caratteristica essenziale di una buona terapia, ma non esclusiva di un particolare approccio; e la forza dell'alleanza predice il successo del trattamento e spiega il fallimento dello stesso. Comunque, in confronto alla crescente letteratura sull'alleanza

in terapia individuale, si sa molto meno dello sviluppo e del mantenimento di una forte alleanza di lavoro nel trattamento congiunto.

Questo libro introduce il nostro modello transteorico dell'alleanza terapeutica nella terapia congiunta, il Sistema d'Osservazione delle Alleanze in Terapia Familiare (SOFTA). Come modello, il SOFTA è un'elaborazione del nostro continuo impegno empirico a validare una serie di strumenti osservazionali (SOFTA-o; Appendice A) e self-report (SOFTA-s; Appendice B) che stimino la forza dell'alleanza nella terapia di coppia e della famiglia.

Come prodotto della collaborazione fra Spagna e Nord America, il SOFTA-o (Friedlander, Escudero, Horvath, et al., 2005) e la sua versione spagnola il *Sistema del Observación de la Alianza Terapéutica en Intervención Familiar-observación* (SOATIF-o; Escudero & Friedlander, 2003) sono strumenti osservazionali che riflettono il modo di ragionare del clinico. Quando abbiamo creato questi strumenti siamo partiti dall'assunto di base che i terapeuti efficaci monitorassero naturalmente la forza delle loro relazioni con i clienti, prendendo nota di particolari comportamenti del cliente paralleli al processo terapeutico. I clienti rispondono subito alle domande? Danno inizio a discussioni? Rivelano informazioni intime? O si rifiutano di parlare, si accusano a vicenda con ostilità, o minacciano di andarsene? In seduta un coniuge si inclina in avanti e scherza con il terapeuta mentre l'altro evita il contatto visivo, sedendo in una posizione difensiva in un silenzio di pietra? I membri della famiglia si esortano a parlare onestamente l'un l'altro, offrono possibilità di compromesso o provano ad allearsi con il terapeuta a svantaggio degli altri?

Mentre la versione SOFTA-o del cliente attira l'attenzione su comportamenti specifici dello stesso che *riflettono* i suoi pensieri e sentimenti sull'alleanza, la versione SOFTA-o del terapeuta si concentra sui comportamenti dei terapeuti che *contribuiscono* alla forza o alla debolezza dell'alleanza. Attirando l'attenzione su specifici comportamenti, il SOFTA-o aiuta i terapeuti a riflettere sul proprio comportamento e a considerare quanto i propri interventi stiano fortificando o danneggiando l'alleanza. "Il figlio arrabbiato ha smesso di parlare subito dopo che ho fatto i complimenti alla madre per aver cercato di porre dei limiti?", "Il padre ha chiesto alla famiglia cosa volesse dalla terapia, dopo che avevo sottolineato quanto fossero simili loro due?", "Il fatto di aprirmi sulla morte di mio padre ha dato alla madre il permesso di esprimere il suo dolore?".

Abbiamo creato il SOFTA per organizzare e sintetizzare le ricche informazioni comportamentali cui il terapeuta dovrebbe prestare attenzione nel creare, nel promuovere e mantenere alleanze con membri della famiglia che potrebbero essere in conflitto tra loro e avere motivazioni decisamente variabili per il trattamento. Usando il SOFTA, tanto formalmente come strumento di valutazione, quanto informalmente come cornice al ragionamento sul processo terapeutico con le coppie e le famiglie, i terapeuti (e i supervisori) possono valutare la forza dell'alleanza con i differenti membri della famiglia, identificare comportamenti problematici che minacciano l'alleanza e capire come portare avanti il processo terapeutico.

In questo libro, il SOFTA serve come una cornice organizzativa per l'integrazione delle attuali teorie, ricerche e pratiche cliniche sull'alleanza terapeutica nella terapia di coppia e familiare. Il Capitolo 1 passa in rassegna la letteratura sull'alleanza nel tratta-

mento individuale e congiunto, focalizzandosi sulle qualità particolari di quest'ultimo. Come descritto in maniera approfondita nel Capitolo 2, la multidimensionalità del SOFTA prende in considerazione sia l'unicità della terapia di coppia e familiare che le caratteristiche comuni a tutti gli approcci terapeutici: la collaborazione del cliente e il legame affettivo con il terapeuta (cioè, la concettualizzazione ormai classica di Bordin, 1979, dell'alleanza di lavoro). Il Capitolo 2 presenta un modello euristico del ruolo del SOFTA in ciascuno dei quattro processi terapeutici fondamentali (stabilire relazioni, negoziare obiettivi, completare compiti/ottenere cambiamenti e dimettere la famiglia dal trattamento). Come discusso in dettaglio nel Capitolo 2, abbiamo costruito il SOFTA in maniera induttiva con l'impegno che fosse transteorico, multidimensionale, interpersonale e capace di riflettere il comportamento osservato per essere una risorsa nell'addestramento e nella supervisione.

Nella seconda sezione di questo libro descriviamo, con vari esempi concreti di lunghezza diversa, le dimensioni concettuali del SOFTA (*Coinvolgimento nel Processo Terapeutico*, *Connessione Emotiva con il Terapeuta*, *Sicurezza all'interno del Sistema Terapeutico* e *Senso di uno Scopo Condiviso all'interno della famiglia*) che riflettono le manifestazioni comportamentali in seduta delle alleanze fra (*between*) i sistemi (cioè, di ciascun cliente con il terapeuta) e di quelle all'interno (*within*) della famiglia (v. Capp. 4-7). Per esempio *mostrare vulnerabilità* è una manifestazione positiva di Sicurezza, mentre *rifiutarsi di rispondere a un altro membro della famiglia* è una manifestazione negativa. *Mostrare indifferenza* è una manifestazione negativa di Coinvolgimento, mentre *introdurre un problema per la discussione* è una manifestazione positiva. Il Capitolo 8 affronta le interrelazioni delle quattro dimensioni come componenti costitutive dell'alleanza, che si sviluppano ed evolvono nel tempo – tanto naturalmente quanto problematicamente.

Nella terza sezione, dal Capitolo 9 al 14 presentiamo diverse situazioni cliniche problematiche, come quella di lavorare con clienti obbligati che hanno una scarsa motivazione a coinvolgersi in terapia. Le specifiche "sfide e opportunità" che abbiamo scelto di evidenziare includono le diversità multiculturali e le alleanze problematiche fra terapeuta e famiglia (alleanze scisse, clienti involontari, controtransfert del terapeuta), all'interno della famiglia stessa (problemi a somma zero) e fra le figure professionali coinvolte nel lavoro con la famiglia (terapeuti, supervisori, ufficiali della libertà vigilata, consulenti scolastici). Vengono esposti suggerimenti pratici per promuovere un'alleanza forte e sana in queste situazioni limite.

Va premesso che i terapeuti con differenti specializzazioni e un ampio raggio di orientamenti teorici troveranno questo libro utile nel lavoro con le coppie e le famiglie. Psicologi impegnati nella consulenza, scolastica e clinica; assistenti sociali; psichiatri e infermieri psichiatrici; consulenti scolastici; mediatori di coppia e familiari; come anche chi addestra e supervisiona i terapeuti in contesti clinici pubblici o privati, sono tutti esempi di coloro che possono perfezionare la comprensione delle manifestazioni comportamentali dei clienti associate alla forza o alla debolezza dell'alleanza. Con questa procedura di valutazione, i terapeuti avranno più facilità a selezionare gli interventi adatti a fortificare un'alleanza poco sviluppata, in stallo o che vacilla. Inoltre, anche i clinici esperti che però hanno poca dimestichezza con la terapia di coppia e familiare, potranno concentrarsi sull'alleanza come una risorsa cruciale per sostenere le sfide del

trattamento congiunto, sfide che i terapeuti abituati solo ai clienti individuali affrontano spesso con trepidazione.

Va premesso ancora che oltre agli operatori clinici, questo libro potrà interessare docenti universitari che possono adottarlo come testo per gli studenti dei corsi di laurea negli insegnamenti relativi alla terapia di coppia e della famiglia. I supervisori dei tirocinanti, degli specializzandi e dei dottorandi possono trovare il SOFTA-o particolarmente utile per insegnare in supervisione a identificare i comportamenti correlati alla forza e alla debolezza dell'alleanza nelle sedute congiunte.

Sebbene il SOFTA-o può essere usato nella versione carta-e-matita (Appendice A), è disponibile anche una versione software, e-SOFTA (scaricabile gratuitamente da <http://softa-soatif.net>). Come descritto nel Capitolo 3, dal momento che è possibile caricare nel programma filmati digitali veri e propri, i terapeuti e i supervisori possono osservare e analizzare le proprie sedute usando l'e-SOFTA direttamente sul loro computer. Usando la casella di commento temporizzata all'interno del programma, i supervisori possono annotare impressioni sugli eventi da presentare ai supervisionati.

Come integrazione di teoria, ricerca e pratica, il SOFTA propone nuove conoscenze su tutti e tre i fronti. Dalla lettura di questo libro gli studiosi interessati all'alleanza terapeutica otterranno una buona comprensione del suo scopo e della sua struttura. I ricercatori che hanno in mente di usare il SOFTA-o o il SOFTA-s nelle loro indagini sono invitati a leggere tutto il materiale clinico del libro, in particolare dal Capitolo 4 all'8. Le informazioni psicometriche sul SOFTA-o e sul SOFTA-s sono esposte nel Capitolo 3, insieme a raccomandazioni per i giudici che si addestrano sulle misure osservazionali. (Il manuale di training è disponibile all'indirizzo <http://www.softa-soatif.net>). Come descritto nel Capitolo 3, le 16 vignette dell'e-SOFTA permettono di addestrare più giudici indipendentemente, con un buon livello di affidabilità. Poi, caricando il proprio video nel programma, i giudici, una volta addestrati, possono analizzare sessioni di ricerca direttamente dai loro computers.

Che il vostro obiettivo sia la pratica, la teoria o entrambe le cose, speriamo che questa introduzione al SOFTA abbia attirato il vostro interesse.



INTRODUZIONE GENERALE

L'ALLEANZA TERAPEUTICA IN PSICOTERAPIA

Quali sono i criteri per definire come buona “una buona terapia”? Secondo molti clienti, una buona relazione con il terapeuta è l'elemento più importante per il successo di una psicoterapia. Allora, cosa rende “buona” una relazione con il terapeuta?

Un nostro collega pose questa domanda a una delle sue clienti verso la fine del loro lavoro terapeutico. Il terapeuta l'aveva avuta in terapia per circa due anni ed era molto migliorata. Pensando che l'informazione gli sarebbe potuta essere utile nel suo lavoro con i futuri clienti, nell'ultima seduta le chiese: “Cosa le è stato d'aiuto in terapia?” “Si ricorda quella volta in cui un calabrone entrò dalla finestra?” domandò lei a sua volta. “Sì” rispose, molto imbarazzato. Era allergico alle api e ne aveva profondamente paura e la sua domanda riportò alla mente l'immagine vivida di lui acquattato sotto la scrivania mentre la sua cliente mandava l'insetto fuori dalla finestra. “Quello è stato un punto di svolta per me” continuò, “perché fino a quel momento l'avevo sempre vista come un uomo perfetto, ma distante e inavvicinabile. Non pensavo che potesse realmente aiutarmi e capirmi. Ma quando ho visto anche le paure e i difetti, è allora che ho deciso che potevo entrare in connessione e aprirmi. Da quel momento ho iniziato a lavorare veramente in seduta. Tutto è divenuto significativo, per me”.

La sua risposta non era quella attesa dal terapeuta, né avrebbe pensato mai che tuffarsi sotto una scrivania fosse un intervento che potesse essere insegnato in un corso di laurea! Ciononostante, questa storia ci insegna qualcosa. In primo luogo la relazione con il terapeuta è cruciale per il successo della terapia. È la base su cui si costruisce tutto il resto. Il fatto che i clienti ascoltino o si distraggano, collaborino o mostrino resistenze, continuino o interrompano- o disdicano gli appuntamenti- dipende dal fatto che abbiano o meno la sensazione che il terapeuta si prenda cura di loro. La ricerca su una varietà di approcci terapeutici (es., psicoanalisi, terapia dei processi esperienziali, terapia cognitivo-comportamentale) ha dimostrato che l'alleanza terapeutica, specialmente se rilevata nella prima fase della terapia, è un fattore predittivo significativo del successo della terapia (Horvath & Bedi, 2002; Horvath & Symonds, 1991). In secondo luogo, sappiamo dalla ricerca e dall'esperienza clinica che spesso l'aspetto più importante è la valutazione del cliente sull'alleanza terapeutica e che tale valutazione molte volte non coincide con quella del terapeuta. Molti terapeuti alle prime armi (e a volte anche

terapeuti con molta esperienza) hanno un cliente che interrompe la terapia “perché semplicemente non funziona con me”, anche se il terapeuta crede che il trattamento stia proseguendo bene.

Infine, la storia del calabrone ci fa riflettere sul fatto che ogni cliente e ogni relazione terapeutica sia unica. Ovviamente c'è una scienza della psicoterapia e i terapeuti in training apprendono tutte le competenze per costruire la relazione, le strategie terapeutiche e gli interventi supportati da prove empiriche per disturbi specifici. Eppure nella stanza di terapia, applicare le tecniche nel qui ed ora dell'interazione è un'arte. Passando all'alleanza, la sfida è di considerare quanto sappiamo- su come costruirla, valutarla e ripararla- e applicarlo a ciascun singolo caso. Comunque, come discuteremo nel paragrafo seguente, i singoli casi sono molto più complessi quando il caso è “una famiglia”.

Per introdurre il resto del libro, usiamo questo Capitolo passando in rassegna la storia, le misure e i risultati più importanti della ricerca sull'alleanza terapeutica in psicoterapia individuale e nella terapia congiunta di coppia e della famiglia. Prima di fare questo, comunque, commenteremo brevemente l'unicità del trattamento congiunto.

Il gusto unico del trattamento congiunto

Amy e Lisa Ng, gemelle quattordicenni, erano state “trascinate” in terapia familiare dopo che il padre le aveva sorprese a fumare marijuana con gli amici nel magazzino del suo negozio d'articoli da regalo. Come il padre aveva spiegato al terapeuta, stavano rovinando non solo la loro vita, ma anche la sua. Per Amy e Lisa, la terapia era una punizione. Per il padre era l'ultima risorsa. Per la madre e la nonna, immigrate, era una vergogna quasi intollerabile. Molte volte inizia così un trattamento familiare, con qualcuno che accusa, qualcuno che è accusato e uno o più spettatori. Quando ci sono motivi di conflitto (M. Beck, Friedlander, & Escudero, 2006) e un gran numero di persone presenti, stabilire un'alleanza terapeutica con ciascuno individualmente e con il sistema, può essere un compito arduo.

Quando ci sono solo due clienti - per esempio una coppia o un genitore single con il figlio - le motivazioni a cercare aiuto possono apparire a prima vista identiche fra loro o almeno congrue. Per esempio, sia la moglie che il marito potrebbero voler rafforzare il loro matrimonio, o sia il padre che la figlia potrebbero protestare per gli incontri prescritti dal tribunale tra la ragazza e la madre. A lungo andare comunque, il terapeuta può subodorare motivazioni latenti. Nel primo caso, la moglie, all'insaputa del marito, aveva trovato un amante. Aveva pensato che il counseling di coppia potesse essere un modo per mettere il marito in contatto con un terapeuta prima di lasciarlo. Nell'altro caso, la ragazza quattordicenne aveva paura del padre tanto quanto soffriva per l'assenza della madre. Contando i giorni che mancavano agli incontri prescritti dal tribunale, segretamente desiderava che il terapeuta la aiutasse a passare più tempo con la madre. In caso contrario, sarebbe stata disposta anche a scappare appena avesse avuto sedici anni e avrebbe abbandonato la scuola.

In altre parole, non è solo il numero puro e semplice delle persone coinvolte, ma anche la complessità delle motivazioni che rende la costruzione delle alleanze terapeutiche una sfida nella terapia di coppia e della famiglia. Motivazioni contrastanti non si limitano alla sola famiglia. Quando c'è un'intrusione nella famiglia da parte di esterni, come ad esempio il Servizio Sociale, il Tribunale per i Minorenni o il sistema scolastico, l'alleanza può essere in pericolo anche prima della prima seduta (v. Cap. 11). In un caso che conosciamo bene, il giudice del Tribunale per i Minorenni prescrisse la terapia per costringere Jim e Stephanie Hillmans a prendersi cura dei loro figli in modo più adeguato, ma tutti e otto gli Hillmans dissero di non avere altro problema oltre alla povertà. Dal momento che la terapeuta era vista come portavoce del giudice, Jim e Stephanie mostrarono compatti alla prima seduta il loro disprezzo per la terapeuta, la clinica e il resto del mondo. Il secondogenito Tony, tredicenne, rimase per tutto l'arco della seduta in un silenzio di pietra, rifiutandosi di rispondere alle domande della terapeuta, mentre fissava in cagnesco il pavimento. La terapeuta si sentì sconfitta dalla famiglia, ancor più quando le fu riferito, due giorni dopo la prima seduta, che Tony era fuggito. La sua ultima speranza di aiuto era stata infranta dopo la testimonianza dell'impotenza della terapeuta.

Questo triste esempio illustra due punti aggiuntivi circa la difficoltà di stabilire alleanze terapeutiche nel trattamento familiare. In primo luogo, la struttura gerarchica della famiglia rende alcune persone vulnerabili rispetto ad altre e il grado di vulnerabilità può essere eccessivo se quelli al potere sono furbi e abusanti. In secondo luogo, molto spesso le famiglie vengono a chiedere aiuto in un momento in cui i membri della famiglia sono in aperto conflitto fra di loro. La ricerca individuale di una terapia da parte dell'interessato, spesso comporta un conflitto che è strettamente interno e nel caso di conflitto con altri significativi, è una scelta della persona in terapia cosa rivelare a riguardo della natura e della portata del conflitto. Comunque, quando un cliente porta i membri della famiglia in terapia, ci sono comunque conseguenze nella vita reale in base a ciò che avviene in seduta (Friedlander, 2000). Il giovane Tony Hillman doveva scegliere fra dire a un estraneo cosa succedeva in casa sua rischiando la collera di due genitori paranoici e arrabbiati, o restare in silenzio, meno vulnerabile, ma disperato e senza aiuto.

I conflitti sono connessi ai segreti (Imber-Black, 1993). Nella terapia individuale, il cliente sceglie cosa rivelare e cosa no. Nella terapia di coppia e della famiglia non c'è possibilità di celare le cose che gli altri scelgono di rivelare. In una seduta di terapia, una madre dice ai figli che sta divorziando dal padre perché aveva perso al gioco la casa di famiglia. Una donna dice al suo fidanzato che sapeva che maltrattava il bambino e che lo lasciava per questo. In terapia individuale un cliente può respingere ciò che il terapeuta dice come irrilevante, inaccurato o semplicemente sbagliato. Non c'è questa possibilità di rifiuto se un membro della famiglia rivela un segreto vergognoso.

La famiglia Thompson è un esempio calzante. Il segreto in questa famiglia era il recente suicidio della nonna. Per lungo tempo aveva vissuto da sola ed emarginata con una malattia cronica e dolorosa, fino a non farcela più ad andare avanti. Nancy Thompson sviluppò una depressione con intensa agitazione dopo il suicidio della madre e tenne nascosto il fatto a Tricia, tredicenne ed emotivamente vulnerabile. Ad ogni modo, Bill, il marito di Nancy confidava che bisognasse affrontare direttamente le

cose spiacevoli. Nella prima seduta, quando venne fuori l'argomento della morte della nonna, Bill disse la verità. Tricia, che si sentiva più vicina alla nonna che ai genitori, se la prese con Nancy e si precipitò furiosamente fuori dalla porta.

La sicurezza è il punto chiave. Il bisogno di sicurezza all'interno dell'ambiente terapeutico è una caratteristica unica del trattamento congiunto di coppia e della famiglia (Friedlander, Lehman, McKee, Field, & Cutting, 2000). Sebbene anche i clienti in terapia individuale abbiano bisogno di sentirsi sicuri, questi (e il terapeuta) hanno maggior controllo su ciò che viene detto e sulla gradualità con cui affrontare questioni delicate. Quando i membri della famiglia hanno motivazioni contrastanti nel cercare aiuto, sono in conflitto fra loro e si trovano posti a differenti livelli evolutivi, rendere il contesto sicuro per tutti può essere un compito non invidiabile, specialmente quando la situazione è definita dall'inizio in termini di vittoria/ sconfitta o di vittima/ carnefice.

La cosa curiosa riguardo la sicurezza è che, sebbene un'insufficiente sicurezza possa allontanare le persone dalla terapia, un eccesso di comodità può essere il segnale di un trattamento inerte. Proprio come i clienti in terapia individuale devono sperimentare qualche disagio per scoprire nuovi aspetti di loro stessi, affrontare le loro paure e sperimentare nuovi comportamenti, i clienti in terapia di coppia o familiare hanno bisogno di correre il rischio con tutti gli altri- rischio che, a volte, può farli sentire ansiosi o minacciati. Il compito del terapeuta è di calibrare il grado di ansia nel sistema così che nessuno si senta sopraffatto in seduta o tema le ripercussioni a seduta terminata. Se si ottiene il giusto bilanciamento, i clienti passano dal sentirsi individualmente vulnerabili al darsi supporto reciproco, accoglienza e comprensione.

Uno dei momenti più delicati della terapia è quello iniziale, quando i membri della famiglia per la prima volta vengono insieme a esporre cosa non va bene nel loro mondo. Domandandosi come il terapeuta ricostruirà la storia che gli viene riferita, alcuni clienti possono essere tremendamente impauriti. I loro pensieri potrebbero arrivare a qualcosa del genere: "Posso raccontare la mia parte in maniera corretta?" "Verrò creduto?" "Chi mi accuserà?" "C'è qualche speranza per noi?". Naturalmente alcuni clienti in terapia individuale hanno simili paure all'inizio del trattamento, ma possono solitamente scegliere di continuare con la terapia o di abbandonarla se non sono soddisfatti di ciò che avviene. I clienti più vulnerabili in terapia familiare spesso non hanno questa opzione.

Quando i clienti si domandano chi sarà biasimato, sono naturalmente preoccupati di come il terapeuta definirà il problema. Spesso, comunque, sono meno interessati al punto di vista del terapeuta rispetto a come gli altri membri della famiglia riferiranno la storia. Nelle famiglie in cui la comunicazione è scarsa o assente, le persone hanno una vaga idea di come i mariti, le mogli, i figli e i fratelli li vedano. Allora, quando la terapia inizia, la cosa principale che importa a ciascuno è quello che diranno gli altri. Quando ci sono segreti –o fatti umilianti che tutti sanno- prevedere come verrà fatto il racconto, può provocare una grande ansia.

Questo non significa che i clienti abbiano uno scarso interesse per il punto di vista del terapeuta o in chi sia, come persona. Infatti, la reazione del terapeuta alle preoccupazioni dei membri della famiglia tende a determinare la loro disposizione a continuare il trattamento dopo la prima seduta (Shapiro, 1974). La caratteristica che complica la terapia congiunta, comunque, è che ciascun cliente studia non solo i propri sentimenti

e reazioni rispetto al terapeuta, ma anche i sentimenti e le reazioni degli altri nella stanza (Pinsof & Catherall, 1986; Rait, 1998). L'evidenza suggerisce che le donne tendono ad essere più sensibili relativamente alle percezioni del terapeuta sugli altri, soprattutto rispetto a quelle sui mariti, di quanto non lo siano verso le proprie (Quinn, Dotson, & Jordan, 1997).

Nella terapia individuale, come discusso precedentemente, l'alleanza terapeutica o di lavoro è tradizionalmente concettualizzata come un forte legame emotivo fra il cliente e il terapeuta e il loro reciproco accordo sugli obiettivi e compiti nel trattamento (Bordin, 1979; Horvath & Greenberg, 1989). Questi processi sono componenti essenziali anche dell'alleanza nella terapia di coppia e familiare, ma assumono un significato unico.

Il legame terapeutico deve essere forte con tutti i membri della famiglia, non solo con quelli che partecipano a tutte le sedute (Pinsof, 1995). Quando un membro della famiglia si sente molto più vicino al terapeuta rispetto agli altri, si sta verificando un'alleanza scissa (v. Cap. 9). La scissione avviene quando dei membri della famiglia sono neutrali verso il terapeuta e altri hanno stabilito un legame positivo, ma la scissione più pericolosa avviene quando i sentimenti di alcuni clienti si accompagnano all'intenso antagonismo di altri (Pinsof, 1995).

Vari fattori influiscono sulla possibilità di stabilire un legame fra il terapeuta e alcuni membri della famiglia più facilmente che altri. L'età e il genere sono due di questi fattori. I terapeuti sono automaticamente percepiti dai figli come alleati dei genitori. Lavorando con coppie eterosessuali, il terapeuta è dello stesso genere di un membro della coppia. Se ci sono differenze all'interno della famiglia per razza, etnia o religione e il terapeuta condivide una caratteristica saliente con alcuni membri della famiglia, questo può fare la differenza a livello relazionale (v. Cap. 10). Quando i membri della famiglia hanno motivazioni contrastanti, questioni segrete e bisogni evolutivi differenti, gli accordi terapeuta-cliente sugli obiettivi e i compiti di terapia potrebbero non essere raggiunti semplicemente attraverso una negoziazione, come avviene in terapia individuale. Convalidare l'obiettivo di una parte può alienarne un'altra. Perfino l'accordo con un membro della famiglia sulla necessità della terapia può alienare un altro membro della famiglia che potrebbe essere venuto in seduta contro la sua volontà, come nell'esempio dell'"ostaggio" (v. Cap. 11).

Per lavorare in modo efficace con le coppie e con le famiglie, i terapeuti devono contemporaneamente prestare attenzione ai bisogni individuali e ai bisogni del sistema, tessendoli insieme in un modo che abbiano senso per tutti. Fare questo potrebbe significare ridefinire il problema attuale, evidenziando le buone intenzioni di tutti (Pittman, 1987) ed enfatizzando i valori comuni e le risorse della famiglia (Coukehan, Friedlander, & Heatherington, 1998). Quando questo processo si realizza, emerge la speranza e la persona "sotto i riflettori" sa di avere un alleato nel terapeuta. In altre parole guidare le alleanze fra i membri della famiglia implica trasformare gli obiettivi individuali in obiettivi di gruppo e accrescere il senso dello scopo condiviso della famiglia riguardo la terapia.

Proprio come nella terapia individuale, le alleanze nella terapia di coppia e della famiglia sono fluide e cambiano in forza, direzione e importanza con il passare del tempo. È importante creare presto uno spazio sicuro, coinvolgere tutti e identificare un terreno comune su cui tutti siano d'accordo. All'inizio, la famiglia ha bisogno "del

click” con il terapeuta per proseguire il trattamento, ma con il tempo, man mano che le questioni vengono toccate, il legame emotivo diviene più significativo (Pinsof, 1995). Più d’ogni comprensione cognitiva del processo terapeutico, è la fiducia nel terapeuta a fornire ai membri della famiglia la forza di correre rischi interpersonali, affrontare la dura verità e tracciare un nuovo corso.

Dal momento che molti sono i cambiamenti che avvengono nella vita delle persone, all’interno e al di fuori della famiglia, anche la più sicura alleanza terapeutica può essere messa in difficoltà. Per esempio, Donna e Leo Stevenson stavano mettendo finalmente il matrimonio in carreggiata quando Leo iniziò ad uscire dall’abuso di cocaina. La prima fase del trattamento procedeva a intervalli e vedeva Donna e il terapeuta lavorare come squadra per motivare Leo a superare la sua dipendenza. Numerose volte Leo aveva minacciato di andarsene, ma infine aveva iniziato a frequentare il gruppo dei Narcotici Anonimi e divenne “pulito”. Poi la figlia ventitreenne del primo matrimonio di Donna, Shawna, venne arrestata per taccheggio e Donna le propose di rientrare a casa. Leo si mostrò risentito sentendosi in secondo piano rispetto alle attenzioni di Donna. L’alleanza del terapeuta con questa coppia vacillò in questo frangente. Quando egli suggerì agli Stevenson di esplorare l’impatto di questa decisione sul loro matrimonio, Donna fu irremovibile affermando che la decisione di supportare Shawna dovesse essere solo sua. Assunse un atteggiamento non verbale di chiusura, sentendosi abbandonata sia dal terapeuta che dal marito.

Il terapeuta, facendo una ridefinizione sottile, rilevò che ora che Leo aveva iniziato a far sentire il proprio peso in famiglia per la prima volta, Donna avrebbe potuto rivolgersi a lui per un conforto nella crisi con Shawna, qualcosa che non sarebbe mai stato capace di fare prima.

Il problema venne ridefinito, da un potenziale conflitto sulla possibilità di Shawna di rientrare a casa a un’opportunità per la coppia di iniziare a sperimentare supporto reciproco e condivisione delle decisioni da prendere. Sfidando Leo “ad alzare il tiro”, il terapeuta gli suggerì di parlare alla moglie con il cuore. Cogliendo il suggerimento, Leo supplicò Donna di permettergli di essere lì per lei.

Sentendo questo, con le lacrime al viso, si lasciò andare fra le sue braccia.

Era una strada difficile per gli Stevenson. La seconda fase della terapia conobbe un momento critico quando Donna, a causa dello spostamento del focus dell’attenzione, sentì mancare il supporto del terapeuta. Nel primo momento del processo si era vista quasi come una coterapeuta, vedendo il marito come l’unico portatore del problema. Ora il terapeuta stava suggerendo che il suo atteggiamento era problematico. Alla fine, la forte connessione di ciascun coniuge individualmente con il terapeuta e fra loro, fece sì che la tensione nell’alleanza fosse presto superata e il trattamento riacquistò rinnovato vigore.

Il processo terapeutico non è sempre semplice, comunque. Alcune coppie e famiglie sono motivate a chiedere aiuto, avendo discusso le loro questioni a lungo e bene prima della prima seduta. Vengono uniti e pronti a lavorare. Come dice Pittman (1987): “Tutto ciò che è richiesto al terapeuta è di avere consapevolezza del processo, di essere una guida accorta nel percorso, di avere un buon senso dell’umorismo e buone maniere e una valutazione meticolosa della realtà. La tecnica non è necessaria” (p. 42).

La natura, l'evoluzione e l'importanza dell'alleanza terapeutica

In questo paragrafo faremo una panoramica della teoria e della ricerca sull'alleanza in psicoterapia individuale.

Costrutto

Come molti termini psicologici, la parola *alleanza* è usata con significato diverso nel linguaggio professionale rispetto a quello comune.

La definizione del dizionario indica manovre strategiche o coalizioni obiettivo-specifiche in affari o in guerra. In terapia, al contrario, l'*alleanza* si riferisce a:

la qualità e la forza di una relazione di collaborazione fra cliente e terapeuta...che comprende:legami affettivi positivi fra cliente e terapeuta, come fiducia reciproca, simpatia, rispetto e cura...consenso e impegno attivo per gli obiettivi della terapia e per i mezzi con cui questi obiettivi possono essere raggiunti.... un senso di partenariato (Horvath & Bedi, 2002, p. 41).

Inoltre, il termine *alleanza* è stato usato storicamente in una grande varietà di modi, anche fra i teorici e i clinici. All'inizio è stato oggetto di discussione da parte di Freud (1912/1940), che distinse l'*alleanza* dal *transfert*. In contrasto con i sentimenti reali del paziente verso l'analista, il *transfert* era stato definito come lo spostamento di sentimenti, impulsi, bisogni del paziente verso altri significativi sull'analista ovvero materiale conflittuale che poteva diventare "acqua" per il "mulino" dell'analista. Secondo Freud (1912/1940), il *transfert* "ineccepibile" o "positivo" era qualcosa di differente-era l'affetto di base del paziente e la fiducia nel terapeuta, che non doveva essere analizzato e che forniva la base e la motivazione del lavoro terapeutico (Muran & Safran, 1998).

Per alcuni decenni, l'alleanza era esclusivamente associata alla psicoanalisi, la cui definizione derivava dalla prospettiva dei teorici che avevano scritto a riguardo. Una fruttuosa concettualizzazione fu proposta dagli psicologi dell'Io Bibring (1937) e Sterba (1934), che mossero le obiezioni al principio delle relazioni oggettuali per cui *tutto ciò* che un cliente sente verso il terapeuta è *transfert*. Contrariamente, gli psicologi dell'Io hanno focalizzato l'attenzione sugli adattamenti del paziente orientati alla realtà e sugli aspetti "reali" della relazione terapeutica e non solo sul *transfert*. La persona del terapeuta entrava in gioco non solamente come una lavagna bianca per le distorsioni del paziente. Riconosciuto come colui che ha elevato lo status dell'alleanza di lavoro a livello del *transfert*, Greenson (1967) aprì la strada agli analisti affinché facessero interventi diversi dalle interpretazioni del *transfert* e prendessero una posizione terapeutica differente rispetto alla rigida neutralità (Muran & Safran, 1998).

Nell'alleanza di lavoro, sono presenti sia elementi intrapersonali (es., cliente e terapeuta introiettati) che interpersonali (es., dinamiche che emergono dall'interazione).

Strupp (1973) per primo articolò questo punto e sostenne che l'alleanza è cruciale non solo per la psicoterapia psicoanalitica, ma per tutte le terapie. Strupp descrisse l'alleanza di lavoro come un costrutto panteoretico che rendeva conto dell'efficacia delle tecniche d'intervento di ogni tipo (es., interpretazioni, modificazione comportamentale, tecniche della Gestalt). La terapia consiste nell'apprendimento, sosteneva Strupp, e apprendere implica identificazioni e imitazioni che richiedono nel cliente l'apertura verso e l'influenza di una figura importante e di fiducia, molto simile a un buon genitore (Henry & Strupp, 1994).

Dal debutto dell'alleanza nella letteratura degli anni '30, e fino agli anni '70, sono state fatte diverse proposte su quali siano gli elementi - come la capacità del paziente di connettersi con il terapeuta, le caratteristiche personali del terapeuta, il mettersi in gioco del cliente nei compiti del trattamento, il legame emotivo fra il terapeuta e il cliente, e così via- più cruciali. Quando sono state sviluppate le teorie sull'alleanza, diversi modificatori sono stati annessi al termine, come *alleanza dell'Io*, *alleanza di lavoro* e *alleanza terapeutica*. Alla fine degli anni '70, Bordin (1979) suggerì una definizione panteoretica che incorpora molti di questi elementi. Fino ad oggi, questa concettualizzazione è stata la più ricca dal punto di vista euristico, un modello influente dell'alleanza nella terapia congiunta così come in quella individuale. L'alleanza di lavoro, propose Bordin, include tre componenti: (a) accordo fra terapeuta e cliente sugli obiettivi del trattamento, (b) accordo sui compiti della terapia necessari per raggiungere tali obiettivi, e (c) legami affettivi, necessari per sostenere il duro lavoro del cambiamento terapeutico.

Il valore euristico del pensiero di Bordin (1979) e l'attraente intuizione dell'alleanza intesa come costrutto esplicativo, possono essere riscontrati nella sua applicazione attraverso diverse scuole di terapia. Nonostante le radici psicoanalitiche, i ricercatori e i clinici che utilizzano nel loro lavoro modelli di trattamento diversi, sono ora profondamente interessati all'alleanza. Un considerevole contributo sull'alleanza è stato fornito dalle terapie esperienziali e umanistiche (Watson & Greenberg, 1988). Tradizionalmente, la relazione terapeutica era una caratteristica centrale nel pensiero di Carl Rogers (1951) che riguarda le caratteristiche del terapeuta e le condizioni della relazione - empatia, incondizionata stima positiva, genuinità e congruenza- ritenute necessarie (e sufficienti) al cambiamento terapeutico. I terapeuti della Gestalt, allo stesso modo, sostengono incondizionatamente l'importanza della genuinità, immediatezza e reciprocità nella relazione terapeutica. Al contrario di alcuni psicoanalisti e teorici comportamentali, gli umanisti vedono i fattori relazionali come elementi terapeutici centrali, piuttosto che semplicemente lo sfondo per altri meccanismi di cambiamento (Friedman, 1985).

Nei più recenti modelli umanistici, come la terapia esperienziale basata sul processo (Watson & Greenberg, 1988), i clienti sperimentano emozioni e le simbolizzano in maniera consapevole. Una forte alleanza facilita questo processo, mentre una debole lo ostacola (Watson & Greenberg, 1988). Al momento i terapeuti devono prestare ascolto attentamente, comprendere l'esperienza più profonda dei clienti, segnali di opportunità (per esperienze più profonde, riparazione di scissioni affettive, etc.), e intervenire per aiutare i clienti ad accedere più completamente al loro mondo interiore. Questo tipo di sintonia, sostengono Watson e Greenberg, è ciò che Bordin (1979)

intendeva quando parlava di collaborazione sugli obiettivi terapeutici e sui compiti per costruire forti legami emotivi.

Perfino i terapeuti comportamentali e cognitivo-comportamentali, tradizionalmente più interessati agli specifici meccanismi di cambiamento che alla relazione terapeutica, riconoscono l'alleanza come critica per il successo terapeutico. In realtà, le terapie cognitivo-comportamentali sono esplicitamente e intrinsecamente collaborative e una parte integrante dei loro protocolli consiste nel fornire una logica persuasiva per gli obiettivi del trattamento e i compiti implicati nel raggiungimento di tali obiettivi. Nel linguaggio della teoria dell'apprendimento sociale, per esempio, i legami affettivi aumentano il valore di rinforzo del terapeuta, facilitando il modeling e promuovendo aspettative positive (Raue & Goldfried, 1994). Come un anestetico usato durante un intervento chirurgico, una forte alleanza fa da sfondo permettendo un'applicazione delle procedure (tecniche terapeutiche) che sia utile al paziente (Goldfried, 1982).

Indubbiamente l'alleanza terapeutica, come troviamo scritto in letteratura, suscita interesse sia da un punto di vista teorico che clinico. In che misura ha realmente a che fare con la psicoterapia? Una risposta a questa domanda, essenzialmente empirica, richiede innanzitutto una discussione sull'operazionalizzazione del costrutto.

Misure

Le misure dell'alleanza sono di importanza cruciale, così come le definizioni concettuali e quelle operazionali (Horvath & Badi, 2002). Nel 2002, Horvath & Badi, hanno conteggiato 24 misure dell'alleanza nella ricerca sulla terapia individuale includendo quattro set di strumenti utilizzati in studi multipli e siti di ricerca diversi. I più conosciuti per gli adulti sono le Penn Helping Alliance Scales (L. B. Alexander & Luborsky, 1987; Luborsky, Crits-Cristoph, Alexander, Margolis, & Cohen, 1983), la Vanderbilt Therapeutic Alliance Scale (Hartley & Strupp, 1983; Suh, O' Malley, & Strupp, 1886), il Working Alliance Inventory (Horvath & Greenberg, 1986, 1989), le California-Toronto Scales (Marmar, Gaston, Gallagher, & Thompson, 1989).

Le Penn Helping Alliance Scales riflettono la formulazione psicodinamica di Luborsky e Colleghi (1983) di una alleanza intesa come un intenso legame affettivo e un senso di mutua collaborazione fra il terapeuta e il cliente. Gli items osservazionali valutano segnali dell'alleanza di tipo 1 (comportamenti che riflettono il vissuto che il cliente ha rispetto al terapeuta come sostegno e supporto) e segnali dell'alleanza di tipo 2 (comportamenti che riflettono un senso di collaborazione). In aggiunta alla scala osservazionale, c'è una scala di valutazione del terapeuta e un questionario per i clienti con items corrispondenti ai segnali comportamentali (Luborsky, 1994). La Vanderbilt Scale, basata similmente sulla teoria psicodinamica e sulla concettualizzazione dell'alleanza di Bordin (1979), usa osservatori clinici per valutare segmenti di terapia. Sempre sul modello di Bordin, la Working Alliance Inventory di Horvath e Greenberg (1986, 1989) è di gran lunga lo strumento più usato e conosciuto in letteratura. La scala originale ha versioni self report per il cliente e per il terapeuta; una versione per l'osservatore fu creata da Tichenor e Kokotovic (1989). Infine, le California-Toronto Scales erano basate su teorie psicoanalitiche, incentrate su dimensioni affettive, e hanno prodotto

molti derivati. Di questi uno conosciuto è la California Psychotherapy Alliance Scale che dispone di quattro dimensioni che sono relativamente indipendenti: (a) alleanza di lavoro (il contributo del cliente al lavoro terapeutico), (b) l'alleanza terapeutica (gli aspetti affettivi della relazione), (c) il coinvolgimento del terapeuta e la comprensione, e (d) l'accordo cliente-terapeuta su obiettivi e strategie. Questa scala ha versioni self-report per il terapeuta e il cliente, così come una versione per la valutazione da parte di un giudice esterno.

Chiaramente, questi strumenti sono concettualmente simili; sono anche statisticamente intercorrelati, alcuni a livello delle sottoscale (Horvath & Symonds, 1991). Essendo sovrapponibili sia dal punto di vista concettuale che empirico, anche se non completamente, la maggior parte delle misure affidabili valutano la forza e l'intensità di legami affettivi e collaborazione (accordo sugli obiettivi e legami, coinvolgimento nel processo terapeutico). In una metanalisi, Horvath e Symonds trovarono un consenso fra i ricercatori che studiano l'alleanza su due temi centrali: la collaborazione e la negoziazione continua fra terapeuta e cliente sul contratto terapeutico.

Ricerca

Al di là della questione della misurazione, qual è la relazione fra l'alleanza e l'esito del trattamento? Presentare un'estesa revisione della letteratura, va oltre lo scopo di questo Capitolo, sebbene la sintesi che segue proponga un'importante conclusione: l'alleanza è predittiva dell'esito al di là dei diversi approcci terapeutici (individuali) quando è misurata all'inizio del trattamento, e molte ricerche suggeriscono che il punto di vista del cliente è di grande importanza (Horvath & Symonds, 1991).

Il Treatment of Depression Collaborative Research Program del National Institute of Mental Health, ha fornito un notevole contributo allo studio dell'alleanza in relazione all'esito del trattamento confrontando su larga scala la terapia interpersonale, la terapia cognitivo-comportamentale e la terapia farmacologica (Krupnick et al., 1996). In effetti, il 21% della variabilità nel successo terapeutico veniva spiegato dal contributo del cliente all'alleanza, al di là degli indirizzi terapeutici. Ancora più importante, forse, le analisi di follow-up evidenziano che nei clienti che avevano completato il trattamento, coloro che si aspettavano che la terapia fosse di aiuto, erano più attivamente coinvolti nel processo e avevano più probabilità di cambiare (Meyer et al., 2002).

Tre metanalisi degli studi sulla relazione alleanza-esito trovarono un effect size simile e significativo. La prima analisi (Horvath & Symonds, 1991), con 20 differenti serie di dati e terapeuti di uguale esperienza (soprattutto psicodinamici, esperienziali e cognitivisti) mostrò un effect size combinato di 0.26, vale a dire "moderato ma affidabile" (p. 139). Horvath e Symonds conclusero che l'alleanza può essere misurata in maniera affidabile tanto da osservatori, quanto da terapeuti e clienti, sebbene questi ultimi diano la più forte correlazione con l'esito, seguita dalle valutazioni dei giudici esterni. È interessante notare che i report dei clienti convergevano di più con le osservazioni dei giudici piuttosto che con i report dei terapeuti. Una successiva e più vasta metanalisi (D.J. Martin, Garske, & Davis, 2000), con 79 studi di diverse terapie ambulatoriali e una larga varietà di problematiche cliniche, trovò un effect size di 0.22:

leggermente più basso, ma ancora significativo. In contrasto con i risultati di Horvath e Symonds, comunque, la relazione alleanza-esito non variava in funzione dell'origine della misurazione (cioè cliente, terapeuta o giudice). Infine, in una recente review, Horvath e Bendi (2002) riportarono un effect size mediano di 0.25 e alcune evidenze contraddicono le precedenti conclusioni. Questa metanalisi comprende 6 studi di trattamenti per abuso di sostanze conferendo una maggiore varietà al campione. Come Martin et al., Horvath e Bedi trovarono che la relazione fra l'esito e l'alleanza era leggermente più forte quando erano considerate le valutazioni dei clienti e dei giudici (vs quelle del terapeuta). In particolare, l'alleanza sembra essere in qualche modo un predittore migliore del successo del trattamento quando è misurato all'inizio della terapia piuttosto che a metà. I report dell'alleanza alla fine del trattamento tendono ad essere altamente associati all'esito, ma le percezioni dei clienti (e dei terapeuti) in quel momento sono probabilmente influenzate dai benefici della terapia già sperimentati. Infatti alcuni autori (DeRubeis & Feeley, 1990; Feeley, DeRubeis, & Gelf, 1999) hanno asserito che per affermare che una forte alleanza causa un miglioramento del cliente, i benefici della terapia devono essere valutati dopo aver misurato l'alleanza stessa.

L'alleanza nella terapia di coppia e della famiglia

Il lavoro sull'alleanza nella terapia di coppia ha avuto un passo più lento (Sexton, Robbins, Hollimon, Mease, & Mayorga, 2003). Con poche note eccezioni come Carl Whitaker (Whitaker & Keith, 1981) e Virginia Satir (1964), inizialmente i teorici nel campo della terapia familiare si concentrarono unicamente sulla tecnica. Le teorie tradizionali sistemiche raccomandano ai terapeuti di assumere una posizione "arretrata" per poter analizzare i patterns di interazione familiare attraverso una metaprospettiva, per poi intervenire in maniera incisiva e strategicamente per sbilanciare le alleanze della famiglia, ridefinire l'erronea visione sui loro problemi e gettare il seme di un pensiero orientato alla ricerca di soluzioni. Quando vengono utilizzati gli specchi unidirezionali, a volte "il team di trattamento" non è neanche nella stanza con la famiglia.

I ruoli tradizionali dei terapeuti familiari hanno enfatizzato la necessità di essere un "vigile urbano delle conversazioni" e applicare tecniche coerenti con le teorie piuttosto che stabilire relazioni cariche di calore e vitalità con clienti posti in posizione subalterna. D'altra parte la necessità di fare il vigile urbano è comprensibile, data la complessità e le difficoltà nel gestire alleanze multiple quando, più spesso che no, un membro della famiglia non vuole essere presente.

Comunque, da quando si è diffuso il lavoro sull'alleanza in terapia individuale, dimostrando il suo potere di dare senso al processo terapeutico e predire il successo e il fallimento del trattamento, e da quando sono maturate le teorie e la pratica della terapia familiare, c'è un nuovo crescente interesse per l'alleanza nella psicoterapia congiunta. Il paragrafo seguente riassume le teorie, le misure e la ricerca sugli esiti dell'alleanza in terapia di coppia e della famiglia.

Costrutto

Per sviluppare e sostenere le alleanze di lavoro in terapia di coppia e familiare sono necessarie specifiche caratteristiche (Pinsof, 1995; Rait, 1998). La collaborazione inizia stabilendo un'atmosfera di sicurezza, limitando le interazioni negative della famiglia e chiarendo i confini della privacy, gli obiettivi del trattamento e i ruoli dei partecipanti (Snyder, 1999). A partire da questo, il terapeuta deve capire come alimentare le alleanze con i vari clienti, che hanno verosimilmente capacità di lavorare, personalità, bisogni evolutivi e caratteristiche cliniche differenti. Il processo è ulteriormente complicato dal fatto che quando sono presenti molte persone, quello che avviene fra il terapeuta e ogni altro membro della famiglia viene osservato da tutti gli altri, probabilmente influenzandoli sul piano affettivo.

Quando lavora in un trattamento congiunto, il terapeuta deve rapidamente analizzare e gestire i triangoli emotivi (Bowen, 1976), così da non rimanere coinvolto nella tensione all'interno della diade e da non sbilanciare lo sviluppo dell'alleanza. Nella terapia di coppia in particolare, il triangolo terapeuta-coppia è rilevante. Si può sostenere che sviluppare un'alleanza collaborativa fra i due partner e il terapeuta e fra i partner stessi (Jacobson & Margolin, 1979) sia il punto fondamentale nella terapia di coppia (Snyder, 1999). Il successo delle tecniche, dalle più didattiche (es., incrementare le abilità comunicative) alle più intense dal punto di vista emotivo (es., esaminare le fonti storiche dell'angoscia relazionale), dipende dallo sviluppo dell'alleanza ed influisce anche su di essa.

Rait (1998) descrive un continuum di posizioni teoriche sull'alleanza nella terapia di coppia e della famiglia. Da una parte ci sono le teorie esperienziali (es., Satir, 1964), in cui la "persona del terapeuta" è rilevante e calda, e il supporto e la mutua collaborazione sono le caratteristiche centrali. Dall'altra parte dello spettro vi sono le terapie multigenerazionali (es., Bowen, 1976), in cui il terapeuta rimane fuori dal transfert per rimanere oggettivo e differenziato, e la terapia sistemica della scuola di Milano (Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin, & Prata, 1978), in cui la presenza di un team di osservatori, la rigida neutralità e gli interventi prescrittivi (impartiti in modo autoritario) tengono i terapeuti fuori dal pantano. Secondo Rait, ciascun modello teorico, da un lato del continuum all'altro, richiede attenzione all'alleanza e rinforzo di essa.

Inoltre ciascun modello presta attenzione alle rotture delle alleanze, riparandole direttamente o indirettamente, a seconda dell'indirizzo (Rait, 1998). Le rotture nell'alleanza in terapia familiare possono verificarsi con uno, qualcuno o tutti i membri della famiglia (Pinsof, 1995). Come detto precedentemente, le alleanze scisse o sbilanciate (vedi anche Cap. 9) sono una particolarità della terapia congiunta (Heatherington & Friedlander, 1990b; Pinsof, 1995; Pinsof & Catherall, 1986). Queste potrebbero essere più o meno dannose per il trattamento a seconda della loro intensità e della persona (o del sottosistema) con cui il terapeuta ha l'alleanza più favorevole o più debole. In molte famiglie, la madre porta gli altri in terapia, ma l'opinione del padre sul fatto di impegnarsi o meno nel trattamento è di cruciale importanza. In altre famiglie, i ruoli potrebbero essere opposti. Indipendentemente da chi ha il potere, il terapeuta deve assicurare un'alleanza positiva con l'individuo più influente perché la famiglia continui il trattamento (Pinsof, 1995).

I clienti e i terapeuti si fanno continuamente un'idea gli uni degli altri, ma la ricerca e l'esperienza clinica nella terapia di coppia e della famiglia suggeriscono che l'esperienza dell'alleanza nel cliente è cruciale, di gran lunga più importante di quella del terapeuta (Barnard & Kuehl, 1995; Horvath & Symonds, 1991). I clienti hanno informazioni preziose che possono aiutare a dare buoni risultati, ma quando i terapeuti sono eccessivamente focalizzati sulla tecnica e non valutano il vissuto del cliente per ciò che sta succedendo, ne può risultare un fallimento. Nel corso di una terapia, i terapeuti devono ripetutamente valutare la loro relazione con i clienti, domandando periodicamente, "C'è qualcosa che non ho (abbiamo) fatto, che ti saresti aspettato o che avresti voluto?" o "Ciò che ti sto proponendo/ suggerendo è adatto a te, e a quello che spero di raggiungere?" (Barnard & Kuehl, 1995, p.169).

Un padre, andandosene da una seduta di terapia, fu sentito commentare: "Non ho idea di cosa %\$# (*& è appena successo qui, ma non mi piace nemmeno un po'!" Sebbene neanche noi sappiamo cosa sia successo, è possibile che quando il terapeuta ha sgonfiato una "bolla" di resistenza in un'area dell'alleanza, un'altra "bolla" si sia gonfiata nel padre. La reciproca causalità nell'alleanza è stata descritta per la prima volta da Pinsof (1994, 1995; Pinsof & Catherall, 1986), che sostenne in maniera convincente un punto di vista sistemico sull'alleanza nel lavoro con le coppie e con le famiglie. Notando che nessuna formula semplice per sommare ciascuna delle relazioni individuali dei clienti con il terapeuta può rendere conto dell'alleanza nel suo insieme, Pinsof e Catherall descrissero come le alleanze individuali dei clienti con il terapeuta, quelle del terapeuta con i sottosistemi (genitoriale, dei fratelli) e quella del terapeuta con l'intera famiglia si influenzino in una danza di rinforzo reciproco. Negli scritti successivi, Pinsof (1994,1995) aggiunse una quarta dimensione interpersonale, l'*alleanza all'interno del sistema*, che si riferisce alle alleanze all'interno della famiglia (individui e sottosistemi), come pure le alleanze all'interno del sistema terapeutico (es., coterapeuti, terapeuti e supervisore o terapeuta ed altri professionisti coinvolti nel lavoro con la famiglia).

La concettualizzazione di Pinsof (1994,1995) è basata su fattori interpersonali (individuali, sottosistemici, intrasistemici e dell'intero sistema) e su fattori di contenuto (forti legami emotivi e accordo su obiettivi e compiti della terapia; Bordin, 1979), ma questa visione dell'alleanza è più dettagliata e olistica di quanto espresso dall'interazione di queste componenti. Nei suoi scritti, Pinsof enfatizza l'investimento psichico nel trattamento che va ben oltre i legami, gli obiettivi e i compiti. Per esempio, i cambiamenti nell'alleanza avvengono nel tempo, nel regno interpersonale o in quello del contenuto, e si riflettono sui differenti "profili di alleanza" (1995, p.75). Nella sua terapia integrata centrata sul problema, Pinsof (1995) postulò un graduale approfondimento della connessione emotiva fra i sottosistemi e all'interno di essi, facilitata da (a) aumento del "focus relazionale della terapia", (b) aumento della frequenza delle sedute, (c) decremento del numero delle persone nel corso della terapia e (d) tempo del trattamento (p.79).

Influenzati dalle varie tendenze nella letteratura, abbiamo voluto sviluppare un modello multidimensionale dell'alleanza che riflettesse sia l'unicità del lavoro sistemico con la coppia e la famiglia che le caratteristiche comuni a tutte le modalità terapeutiche: la collaborazione con il cliente e i legami affettivi con il terapeuta (cioè la concettualizzazione classica dell'alleanza di Bordin, 1979). Le tre tendenze che hanno

guidato la costruzione del Sistema per l'Osservazione delle Alleanze in Terapia Familiare (SOFTA) sono state: (a) l'applicabilità transteorica dell'alleanza, (b) l'importanza del comportamento del cliente, specialmente per le alleanze intrafamiliari (Pinsof, 1994, 1995), e (c) la sovrapposizione concettuale ed empirica fra gli obiettivi e i compiti della terapia (Horvath & Badi, 2002). Come descritto in dettaglio nel Capitolo 2, le dimensioni del SOFTA (Coinvolgimento nel Processo Terapeutico, Connessione Emotiva con il Terapeuta, Sicurezza nel Sistema Terapeutico, Senso di uno Scopo Condiviso all'interno della Famiglia) che riflettono sia le alleanze fra i sistemi (es., ciascun cliente con il terapeuta) sia le alleanze all'interno della famiglia, giocano un ruolo in quattro processi terapeutici critici: stabilire relazioni, negoziare obiettivi, completare compiti ottenendo cambiamenti e dimettere la famiglia dal trattamento.

Misure

Prima del SOFTA (Friedlander, Escudero, Haar, & Higham, 2005; Friedlander, Escudero, Horvath, et al., 2006; Friedlander, Lehman, et al., 2000, 2001; Friedlander et al., 2003), tutte le misure dell'alleanza in terapia di coppia e della famiglia erano basate sulla concettualizzazione tripartita di Bordin (1979). Gli strumenti autosomministrati iniziarono con le scale integrate Couple and Family Therapy Scales di Pinsof e Catherall (1986). All'interno delle tre sottoscale di contenuto, gli items che rappresentavano il modello di Bordin affrontavano (a) i legami emotivi terapeuta - cliente, (b) l'accordo sugli obiettivi, e (c) l'accordo sui compiti terapeutici. Tre sottoscale interpersonali affrontavano legami, obiettivi e compiti in termini d'alleanza terapeutica (a) con ciascun singolo membro della famiglia, (b) con la famiglia come insieme e (c) con i sottosistemi (es., dei genitori o dei fratelli). Perciò le tre scale di contenuto e le tre scale interpersonali formavano una matrice a nove celle con items paralleli, ma con un'attribuzione di punteggio opposta come "Il terapeuta si prende cura di me come persona", "Il terapeuta non si prende cura del mio partner come persona", "Il terapeuta si prende cura della relazione fra me e il mio partner".

La Couple Therapy Alliance Scale e la Family Therapy Alliance Scale hanno elevata coerenza interna (Heatherington & Friedlander, 1990b) e affidabilità test-retest, come anche un'alta validità predittiva, considerando l'associazione con le valutazioni da parte dei terapeuti sui progressi del cliente (Pinsof & Catherall, 1986). In un campione ambulatoriale, Heatherington e Friedlander trovarono che le sottoscale dei compiti e dei legami erano altamente intercorrelate, sebbene le versioni delle misurazioni per la coppia e per la famiglia avessero pattern di associazioni in qualche misura differenti dalle valutazioni delle sedute effettuate dai terapeuti. È interessante notare che mentre l'accordo sui compiti era strettamente associato con la profondità o il valore delle sedute percepiti dalla coppia, un forte legame emotivo era di importanza cruciale per i clienti in terapia familiare (inclusi i bambini).

Riguardo l'alleanza all'interno della famiglia (Pinsof, 1994, 1995), Pinsof (1999) revisionò la Couple Therapy Alliance Scale e la Family Therapy Alliance Scale per affrontare questa importante dimensione. In queste versioni rivedute, le sottoscale valutano il grado con il quale i partner o i membri della famiglia sono in accordo con gli

altri riguardo gli obiettivi terapeutici e i compiti e la qualità dei legami fra loro (es., "Il mio partner ed io ci prendiamo cura l'uno dell'altro in questa terapia"). Analisi fattoriali confermate hanno validato le strutture teoriche degli strumenti revisionati (Knobloch-Fedders, Pinsof, & Mann, 2007).

L'alleanza di coppia può essere valutata anche usando il Working Alliance Inventory- Couples (Symonds, 1998; Symonds & Horvath, 2004) dalla prospettiva del terapeuta e del cliente. Come gli strumenti di misura di Pinsof (1999; Pinsof & Catherall, 1986) e la Working Alliance Inventory per la terapia individuale (Horvath & Greenberg, 1986, 1989), il test per le coppie è basato sul modello di Bordin (1979) degli obiettivi, dei compiti e dei legami. In aggiunta, come la Couple Therapy Alliance Scale-Revised, le misure valutano la prospettiva individuale (a) sulla propria alleanza con il terapeuta, (b) sull'alleanza del partner con il terapeuta e (c) sull'alleanza del partner con ciascun altro (es., "Io e lei ci capiamo su quello che stiamo cercando di raggiungere in terapia"). L'affidabilità è alta sia per la versione del cliente che del terapeuta e i punteggi sulla Working Alliance Inventory-Couples predicono l'esito del trattamento (Symonds & Horvath, 2004). In contrasto con la maggior parte della ricerca in psicoterapia individuale (Horvath & Symonds, 1991), l'associazione alleanza-esito è riportata come più forte dalla prospettiva del terapeuta rispetto a quella del cliente (Symonds & Horvath, 2004).

Come descritto in dettaglio nel Capitolo 2, abbiamo creato lo strumento SOFTA ex novo - cioè induttivamente ed empiricamente- con la clausola che fosse transteorico, multidimensionale e interpersonale. Le scale di valutazione osservazionale per il comportamento del cliente e del terapeuta (SOFTA-o) sono progettate per essere una risorsa per il training e la supervisione come pure per la ricerca. In questi strumenti di valutazione vengono registrati comportamenti del cliente e del terapeuta che contribuiscono a rafforzare o indebolire le alleanze; in seguito la loro frequenza, intensità, significatività clinica devono essere trasformate in punteggio: da -3 (*molto problematico*) a +3 (*molto forte*) su: Coinvolgimento nel Processo Terapeutico, Connessione Emotiva con il Terapeuta, Sicurezza nel Sistema Terapeutico e Senso di uno Scopo Condiviso all'interno della famiglia. (Ciascun cliente riceve un punteggio numerico sul Coinvolgimento, Connessione Emotiva, Sicurezza e la coppia o la famiglia, come insieme, ricevono un unico punteggio sullo Scopo Condiviso).

Le definizioni operative delle scale le troviamo nell'Appendice A e sono illustrate in numerosi esempi clinici di questo libro.

In aggiunta alle scale compilate dal giudice esterno, ci sono 2 questionari autosomministrati di 16 items per i clienti e i terapeuti (SOFTA-s), riprodotti nell'Appendice B. La ricerca sul SOFTA-o, sebbene non estensiva come quelle citate in questo Capitolo, supporta l'affidabilità delle misure e la *validità* di contenuto, concorrente e predittiva oltre che la *face validity* (M.Beck et al., 2006; Friedlander, Escudero, Haar, & Higan, 2005; Friedlander, Escudero, Horvath e al., 2006; Friedlander, Talka, et al., 2003; vedi Capitolo 3 per un riassunto). In particolare, in quattro *case studies*, le interviste dopo la seduta con ciascun membro della famiglia circa la propria alleanza e quella tra i membri della famiglia erano più congruenti con i punteggi del SOFTA-o delle prime sedute, rispetto ai punteggi ottenuti nei self report relativi alla percezione dell'alleanza nella Family Therapy Alliance Scale-Revised (M. Beck et al., 2006).

La ricerca

Trenta anni fa, uno studio di circa 4000 casi identificò 11 fattori associati a un buon esito nella terapia di coppia e della famiglia e la relazione terapeuta-cliente era il più importante di tutti (D. F. Beck & Jones, 1973). La relazione era il più forte predittore di esito di tutte le caratteristiche combinate del cliente (sicuramente due volte più forte). Nel 1978, Gurman e Kniskern revisionarono in maniera approfondita la letteratura e conclusero che

L'abilità del terapeuta di stabilire un rapporto positivo con il cliente, di certo un punto centrale della terapia individuale, viene confermata in modo estremamente netto come un importante fattore del terapeuta associato all'esito nella terapia di coppia e della famiglia (p.875)

Venti anni più tardi, in una revisione comprensiva di "ciò che funziona" e "ciò che non funziona" nella terapia di coppia e della famiglia, Friedlander, Wildman, Heatherington e Skowron (1994) trovarono evidenze che l'efficacia delle sedute, la continuità nel trattamento e l'esito potevano essere predetti da reattivi autocompilati sull'alleanza terapeutica o su altri aspetti della relazione terapeutica. Complessivamente, i sentimenti positivi per il terapeuta sono stati riconosciuti importanti in numerosi studi di terapie di coppia e della famiglia (es., Christensen, Russell, Miller, & Peterson, 1998; Firestone & O'Connell, 1980; Green & Herget, 1991). Nelle interviste aperte, le coppie indicarono che sentire un senso di sicurezza e avvertire che il terapeuta fosse imparziale era una preconditione del cambiamento (Christensen et al., 1998). Nella terapia sistemica della scuola di Milano, le valutazioni dei supervisori sul calore affettivo del terapeuta erano associate in maniera significativa al miglioramento autovalutato dal cliente a 1 mese e a 3 anni di follow up (Green & Herget, 1991), un'affascinante scoperta perché i terapeuti sistemici considerano la neutralità e la tecnica ben più importanti rispetto all'empatia e altri fattori relazionali.

Rispetto all'alleanza, sono state osservate correlazioni positive con la permanenza nel trattamento o l'esito di questo nella terapia familiare multidimensionale per adolescenti dipendenti da sostanze (Shelef, Diamond, Diamond, & Liddle, 2005), in trattamenti per abusi con gruppi di coppie (P.D. Brown & O' Leary, 2000), in un programma strutturato come gruppo di training per le abilità di coppia (Bourgeois, Sabourin, & Wright, 1990), nella terapia integrata centrata sul problema con le coppie (Knobloch-Fedders, Pinsof, & Mann, 2004), nella terapia familiare funzionale per giovani criminali (Robbins, Turner, Alexander, & Perez, 2003), nella terapia di coppia centrata sulle emozioni (S.M. Johnson & Talitman, 1997), nella terapia familiare domiciliare (L.N. Johnson, Wright, & Ketring, 2002), e nella "usuale" terapia di coppia nella pratica privata (Symonds & Horvath, 2004). Comunque, la ricerca sulla terapia di coppia e della famiglia con misure con una base sistemica (Couple Therapy Alliance Scale o Family Therapy Alliance Scale, Working Alliance Inventory-Couples o SOFTA-o) o con strumenti sviluppati per la terapia individuale, ma usati in setting di terapia familiare (es., la ricerca di Shelef et al.'s [2005] con la Working Alliance Inventory e le scale Vanderbilt), suggeriscono una complessa relazione fra l'alleanza di

ciascun cliente con il terapeuta e gli esiti del trattamento. Le alleanze scisse, frequenti sia nella terapia di coppia che della famiglia (Heatherington & Friedlander, 1990b), raccontano solo parte della storia. Shelef et al., per esempio, trovarono che la capacità di superare l'abuso di marijuana, in pazienti adolescenti, era parzialmente correlata all'interazione fra l'alleanza dell'adolescente con il terapeuta e l'alleanza di quest'ultimo con i genitori. In un altro studio recente, Symonds e Horvath (2004) trovarono che quando i partners sono d'accordo sulla forza dell'alleanza, la relazione alleanza-esito era molto più forte rispetto a quando non erano d'accordo, indipendentemente dalla qualità assoluta dell'alleanza. Gli autori suggeriscono che l'alleanza di coppia con il terapeuta è influenzata dalla lealtà passata e presente fra i partner, che nel SOFTA è chiamata il *Senso di uno Scopo Condiviso*.

Fino ad oggi, la maggior parte della ricerca sulle coppie ha trattato la soddisfazione di coppia come unica variabile di esito. Uno studio recente sulla terapia integrata centrata sul problema (Knobloch-Fedders et al., 2004), tuttavia, ha incluso il progresso individuale nelle autovalutazioni sul benessere, i sintomi, e il funzionamento oltre alla soddisfazione di coppia. Entrambe le serie di variabili vengono valutate a metà trattamento. I clienti che continuano il trattamento hanno un punteggio dell'alleanza nella prima seduta più alto rispetto ai clienti che lo terminano precocemente. Knobloch-Fedders et al. hanno segnalato, comunque, che per alcune coppie finire il trattamento in poco tempo può essere dovuto al raggiungimento degli obiettivi piuttosto che a una prematura interruzione. Inoltre la combinazione dei punteggi dell'alleanza (seduta 1 + seduta 8) era predittiva del miglioramento nel disagio di coppia, molto più per le mogli che per i mariti. Quando le alleanze dei mariti in ottava seduta erano più forti di quelle delle mogli, c'era una maggiore riduzione del disagio di coppia. Inoltre la valutazione delle mogli sull'alleanza di coppia era significativamente correlata alla risposta al trattamento in seduta 8, sebbene la loro alleanza con il terapeuta non lo fosse. (Le questioni di genere sono trattate in maniera più approfondita nel Capitolo 10).

Come notato in precedenza, la caratteristica distintiva della terapia di coppia e della famiglia è che si sviluppano simultaneamente e sistematicamente alleanze multiple. Le questioni concettuali rappresentano anche questioni di misura: come (e se) abbinare le dichiarazioni autocompilate dei membri della famiglia sull'alleanza, come analizzare e interpretare le alleanze scisse e se le alleanze di alcuni membri della famiglia sono più importanti di altre. Come i terapeuti familiari esperti sanno bene, una ragazza adolescente arrabbiata che tiene i genitori in allerta a casa, può mandare all'aria il trattamento se il terapeuta non riesce presto a connettersi a lei. Analogamente, un coniuge che non vede il valore di migliorare le abilità di comunicazione, può ostacolare la terapia di coppia, nonostante la grande volontà dell'altro coniuge di seguire tutti i suggerimenti del terapeuta.

Gli effetti dannosi delle alleanze scisse sono evidenziati in due studi. Nella ricerca sugli esiti di successo e di insuccesso delle terapie familiari (Bennun, 1989), le percezioni delle madri e dei padri della stima da parte dei terapeuti, della loro attività/ direttività e competenza/esperienza, differivano maggiormente nei casi di insuccesso piuttosto che in quelli di successo. In uno studio sul funzionamento della terapia familiare per adolescenti con problemi comportamentali (Robbins et al., 2003), le alleanze individuali valutate dal giudice (es., genitore con terapeuta, adolescente con terapeuta) non

erano predittive della permanenza nel trattamento. In effetti, le alleanze troppo forti del genitore con il terapeuta erano un fattore di rischio per l'interruzione della terapia, in particolare quando l'alleanza del terapeuta con il padre era molto più forte di quella con l'adolescente. Interpretando questi risultati, Robbins et al. (2003) suggerirono che "i terapeuti -nei casi di interruzione- hanno inavvertitamente validato la negatività genitoriale verso gli adolescenti, senza rispondere adeguatamente ai loro bisogni e alle loro preoccupazioni" (p. 541), contribuendo a un clima generale di negatività.

A livello clinico e di ricerca, l'importanza di comprendere la percezione di ciascun cliente dell'alleanza del terapeuta familiare è sottolineata da uno studio sulla terapia domiciliare congiunta (L.N. Johnson et al., 2002). La relazione alleanza-esito variava molto per madri, padri e adolescenti. Inoltre, sulla Family Therapy Alliance Scale (Pinsolf & Catherall, 1986) autosomministrata, erano i compiti (per le madri e gli adolescenti) e gli obiettivi (per i padri), ma non i legami, a predire l'esito del trattamento. Johnson et al. (2002) spiegarono che i clienti avevano difficoltà a valutare le connessioni emotive degli altri membri della famiglia con il terapeuta (ad es., la sottoscala Legame di Alleanza degli Altri). Per molti clienti, osservare l'accordo degli altri sui compiti e sugli obiettivi è probabilmente una cosa ben più facile. È interessante notare che le alleanze multiple e indirette, che caratterizzano il contesto della terapia familiare, possono funzionare in modi fortuiti. Stabilire forti alleanze familiari e fare progressi con le famiglie di adolescenti delinquenti può avere importanti effetti di riverbero, come un drastico decremento dei reati minorili da parte dei fratelli o sorelle minori (N.C. Klein, Alexander & Parsons, 1977). Tutta la famiglia può, inoltre, beneficiare delle forti alleanze terapeutiche con un genitore. In un vasto programma di prevenzione delle aggressioni minorili (Hanish & Tolan, 2001), ad esempio, una forte alleanza tra il conduttore e il genitore, e il rafforzamento di questa nel tempo, erano predittivi del miglioramento della capacità genitoriale.

Non solo gli studi quantitativi basati su vasti campioni, ma anche gli studi qualitativi intensivi sull'esperienza dei clienti supportano l'importanza dell'alleanza nella continuazione e nell'esito delle terapie di coppia e della famiglia. Inoltre, gli studi qualitativi evidenziano quegli aspetti dell'alleanza che rivestono particolare importanza per i clienti. Nello studio di coppie di Christensen et al. (1998), ai clienti veniva chiesto di riflettere sul trattamento, sugli interventi del terapeuta e sui passaggi chiave che avevano facilitato il cambiamento. Cinque fattori contestuali erano comuni nelle percezioni dei clienti. Un fattore era rappresentato dalla *correttezza*, che i clienti descrivevano come la comprensione da parte dei terapeuti dei punti di vista di entrambi i partner, senza schierarsi. Un altro fattore era dato dalla *sicurezza*. I clienti commentavano, ad esempio, "[I terapeuti] ci hanno fornito la sicurezza per poter parlare con loro e tra di noi", "Mi sento veramente al sicuro con lei ... non è affatto subdola, ... si pone al nostro livello e non si mette a fare uno sproloquio di paroloni". La sicurezza ha giocato anche un ruolo decisivo nelle discussioni extra-seduta sull'alleanza da parte dei clienti, in un recente studio qualitativo di quattro famiglie spagnole (M. Beck, Friedlander, & Escudero, 2006). Inoltre, le due famiglie con i punteggi di Sicurezza del SOFTA-o altamente negativi all'inizio del trattamento, sono andate incontro ad esiti più deludenti.

Anche le rivelazioni di un altro campione di clienti in terapia di coppia e familiare hanno dato informazioni piuttosto utili (Kuehl, Newfield, & Joanning, 1990). I clienti

dicevano che, in realtà, non sapevano cosa aspettarsi in prima seduta. Si erano “spenti” nell’atto di compilare i moduli e parlando con l’operatore di ingresso, piuttosto che con il terapeuta. Nelle fasi iniziali e centrali della terapia spesso si sentivano bloccati e impazienti per la mancanza di progressi; pensavano inoltre che avrebbero abbandonato la terapia se loro stessi, o altri membri della famiglia, si fossero sentiti fraintesi o “messi in mezzo” dal terapeuta. Alcuni adolescenti si sentivano impauriti e sceglievano di starsene tranquilli, in parte per cercare di non finire “sotto i riflettori”. Se non vedevano il terapeuta interessato a loro come persone, era più difficile che si aprissero e si mostrassero corretti (pp. 314-316).

In sintesi, c’è una solida evidenza empirica che l’elemento che costituisce il “fattore comune” dell’alleanza in terapia individuale si estenda alla terapia di coppia e della famiglia (Sprenkle & Blow, 2004). Conosciamo meno, comunque, ciò che interessa maggiormente i clinici: cosa rende buone le alleanze con le coppie e le famiglie (J.F. Alexander, Robbins & Sexton, 2000).

Studi sul processo che affrontano questo argomento in terapia di coppia e della famiglia sono sporadici ma molto indicativi. Un’indagine, ad esempio, si era incentrata sulla risoluzione, in terapia familiare, di *empasse* collegate al -in linguaggio SOFTA-Senso di uno Scopo Condiviso (G.S. Diamond & Liddle, 1996). G.S. Diamond e Liddle hanno messo a confronto approfonditamente un piccolo campione di eventi di *empasse* con esito positivo e negativo in terapia familiare multidimensionale. I risultati suggeriscono che gli adolescenti delinquenti possono diventare più coinvolti e collaborativi quando i genitori passano dal cercare di controllarli al cercare di capirli. Nello specifico il terapeuta inizia a bloccare le accuse e l’impotenza dei genitori notando che: “Deve essere deludente il fatto che non andate d’accordo con vostro figlio”. All’adolescente: “Sapevi che mancavi a tua madre?” (pp. 483-484). Questa domanda fa venir fuori del rimpianto. Quando l’adolescente esprime dubbi, il terapeuta previene il genitore dal rispondere sulla difensiva e si focalizza sull’incredulità dell’adolescente e sui sentimenti di “mancanza” del genitore. Il punto è di

provare a dar vita nuovamente a quella parte dell’adolescente che ancora desidera un rapporto con i genitori. Questo sposta i clienti in una posizione molto più vulnerabile, e li costringe a concentrarsi sulla relazione, piuttosto che sul controllo: “Sapevate perché vostro figlio era così arrabbiato? Vi piacerebbe saperlo?” (pp. 484-485)

Ascoltando empaticamente senza fare accuse, il terapeuta spera che la vulnerabilità e la ridotta negatività dell’adolescente attenuino la posizione dei genitori, rendendo possibile un dialogo familiare molto più produttivo e un’accresciuta collaborazione in terapia.

Ricerche sul processo di attaccamento in terapia familiare (G.S. Diamond, Siqueland, & Diamond, 2003) con adolescenti depressi, sottolineano anche l’importanza delle alleanze ben bilanciate con gli adolescenti e i loro genitori. Terapeuti efficaci mostrano attenzione agli interessi e ai punti di forza degli adolescenti, e definiscono gli obiettivi della terapia che sono importanti per loro, allo stesso tempo agganciando i genitori sulle difficoltà di far crescere un figlio con problemi di depressione.

Evitando di criticare e insegnando invece le abilità di ascolto, i terapeuti si allineano con i genitori, rafforzando alla fine le relazioni all’interno della famiglia. In questo

modello di trattamento, le dimensioni dell'alleanza del SOFTA -Coinvolgimento (es., L'adolescente si sente coinvolto nel trattamento?), Sicurezza (L'adolescente si sente sicuro abbastanza da essere vulnerabile?), Connessione emotiva con il terapeuta (I genitori danno fiducia ai terapeuti nel non accusarli?) e Senso di uno Scopo Condiviso all'interno della famiglia (Possono i membri della famiglia lavorare insieme in maniera produttiva?)- sono tutte essenziali e fanno da contrafforte agli interventi di "ri-attaccamento" del terapeuta. Questo genere di indagini entrano nel vivo degli aspetti che stanno più a cuore ai professionisti.

Conclusioni

Nonostante numerosi cambiamenti nella concettualizzazione e nella operazionalizzazione dell'alleanza terapeutica, spiccano fattori comuni rilevanti. L'alleanza è una mutua collaborazione del terapeuta e del cliente su obiettivi e compiti condivisi. Comunque non è solamente un contratto comportamentale - l'alleanza ha anche una forte componente emotiva. La ricerca mostra che quando viene valutata precocemente in terapia, specialmente in senso osservazionale e dalla prospettiva del cliente, ha un forte potere predittivo del successo del trattamento nei diversi indirizzi terapeutici. Sebbene ci siano questioni irrisolte circa la causalità, c'è ragione di credere che una forte alleanza è in parte responsabile del successo del trattamento.

Quando si considera la terapia di coppia e familiare, il quadro è ancora più complicato, dal momento che ci sono molti altri fattori nel passaggio dal contesto individuale alla terapia congiunta. Tanto l'alleanza di ciascuna persona con il terapeuta, quanto l'alleanza di coppia e di famiglia con lui, e quella interna alla coppia e alla famiglia, devono essere tutte considerate - concettualmente, metodologicamente e clinicamente. Sviluppando il SOFTA per aumentare le conoscenze e l'efficacia della pratica, volevamo catturare non solo il coinvolgimento di ciascun cliente in terapia e i sentimenti verso il terapeuta, ma anche due caratteristiche uniche e interconnesse: il grado con cui i clienti si sentono sicuri per lavorare in terapia con gli altri membri della famiglia, e il grado con cui i membri della famiglia sono concordi sul bisogno, lo scopo, gli obiettivi e il valore della terapia congiunta.

Nel Capitolo 2 descriviamo lo sviluppo e le basi concettuali del SOFTA, introducendo il SOFTA-o e il SOFTA-s, e poniamo le basi per i successivi Capitoli incentrati sulla pratica clinica. Il Capitolo 3 fornisce dettagli sull'uso del SOFTA-o e riassume lo stato dell'arte della ricerca sugli strumenti di misura.

INTRODUZIONE AL SISTEMA DI OSSERVAZIONE DELLE ALLEANZE IN TERAPIA FAMILIARE

Il Sistema di Osservazione delle Alleanze in Terapia Familiare (SOFTA) è un set di strumenti - sia osservazionali (SOFTA-o; Escudero, Friedlander, & Deihl, 2004; Friedlander, Escudero, & Heatherington, 2001) che self-report (SOFTA-s; Friedlander & Escudero, 2002)-per valutare la forza dell'alleanza terapeutica nel contesto della terapia congiunta di coppia e della famiglia. Queste misure sono state sviluppate induttivamente e raffinate empiricamente. Così siamo arrivati a un modello concettuale multidimensionale che riflette la complessità e l'unicità delle caratteristiche della terapia di coppia e della famiglia. Elaborando il modello SOFTA e conducendo ricerche con questi strumenti di misurazione, abbiamo addestrato in modo nuovo le nostre ottiche nel lavoro clinico con coppie e famiglie, arrivando così alla realizzazione di questo libro che integra teoria, scienza e pratica in merito all'alleanza nei trattamenti congiunti.

Come discusso nel Capitolo 1, l'alleanza terapeutica ha ottenuto molta meno attenzione nel campo della terapia di coppia e della famiglia di quanta ne abbia avuta nella teoria, nella ricerca e nella pratica della psicoterapia individuale, nonostante molti approcci vedano la forte relazione fra terapeuta e cliente come essenziale per il successo del trattamento terapeutico e sia la terapia di coppia che quella della famiglia abbiano molti elementi che propongono una sfida affinché venga sviluppata tale relazione. La grande mancanza di attenzione per questo costrutto cruciale da parte dei teorici della terapia di coppia e della famiglia si riflette negli esigui strumenti di valutazione della forza dell'alleanza nel trattamento congiunto. Le due principali eccezioni sono gli strumenti di misurazione autosomministrati sviluppati da Pinosof (1999; Pinosof & Catherall, 1986) e Symonds (1998; Symonds & Horvath, 2004). In entrambi gli strumenti i clienti riferiscono sulla loro alleanza con il terapeuta, così come le loro percezioni dell'alleanza del terapeuta con il loro partner o con gli altri membri della famiglia che partecipano al trattamento. Ad ogni modo, le percezioni self-report -come "Ho fiducia nel terapeuta"- sono poco indicative delle manifestazioni comportamentali di fiducia dei clienti. Senza sapere che genere di comportamenti verbali e non verbali riflettono i sentimenti di fiducia dei clienti, ai terapeuti non rimane che affidarsi all'intuizione

e alle congetture – il che significa essere in una posizione di incertezza quando i rischi sono grandi o le famiglie interrompono il trattamento.

Abbiamo iniziato creando uno strumento osservazionale, SOFTA-o, per indagare il processo della terapia di coppia e della famiglia e guidare il lavoro di clinici, formatori e supervisori. Successivamente abbiamo sviluppato la versione self report, SOFTA-s, sia per i clienti che per i terapeuti. A differenza dei questionari di Pinsof (1999; Pinsof & Catherall, 1986) e di Symonds e Horvath (2004) -che sono adattamenti alla terapia di coppia e della famiglia di misure per la terapia individuale derivate dalla concettualizzazione panteorica dell'alleanza di Bordin (1979, 1994)- il questionario SOFTA-s ha due scale che riflettono il modello di Bordin (Coinvolgimento nel Processo Terapeutico e Connessione Emotiva con il Terapeuta) e due che riflettono elementi peculiari del trattamento di coppia e della famiglia (Sicurezza all'interno del Sistema Terapeutico e Senso di uno Scopo Condiviso all'interno della Famiglia).

Caratteristiche del SOFTA

Il nostro progetto di sviluppare il SOFTA e applicarlo al lavoro clinico con le coppie e le famiglie, è nato da una collaborazione fra ricercatori nel campo della terapia familiare negli Stati Uniti (Friedlander e Heatherington) e in Spagna (Escudero) ed è cresciuto grazie a un programma di scambio Spagna - Stati Uniti su interventi familiari e counseling psicologico per studenti del corso di laurea (descritto in Friedlander, Escudero, & Guzmán, 2002). Come prodotto di questa collaborazione, il SOFTA e i suoi strumenti sono stati creati sia in inglese che in spagnolo (chiamato *Sistema de Observación de la Alianza Terapéutica en Intervención Familiar [SOATIF]*; Escudero & Friedlander, 2003). Nel nostro pensiero e nella ricerca con il SOFTA/SOATIF, la nostra prima preoccupazione¹ è stata quella di assicurare un costrutto appropriato tanto in Spagna quanto in Nord America. Il SOFTA-o è stato scritto originariamente in inglese e tradotto poi in spagnolo, mentre l'opposto è avvenuto per il SOFTA-s. A ciascuno stadio del processo di sviluppo, i costrutti, gli items, le definizioni operative e il manuale di training sono stati tradotti e ritradotti nella lingua originale (la "back-traslation" ha assicurato definitivamente l'accuratezza della traduzione). Gli studi di validazione condotti sia in Nord America che in Spagna hanno risultati altamente coerenti fra loro.

Transteorico

Il SOFTA, sia come set di strumenti per la valutazione dell'Alleanza nella terapia di coppia e della famiglia, sia come modello concettuale, è stato sviluppato induttiva-

1 In questo libro i nostri commenti sul modello e sugli strumenti SOFTA si applicano analogamente allo spagnolo SOATIF. La versione software della misura osservazionale, e-SOFTA (<http://www.softa-soatif.net>) è disponibile sia in inglese che in spagnolo.

mente. Abbiamo iniziato esigendo una condizione essenziale, vale a dire che il SOFTA non si limitasse a un singolo approccio teorico (ad es., sistemico, psicoanalitico, esperienziale, cognitivo) né fosse vincolato ai principi di una particolare scuola di terapia di coppia e della famiglia (ad es., strutturale, strategica, multigenerazionale, focalizzata sulla soluzione del problema). Così, abbiamo selezionato i comportamenti SOFTA-o che potevano essere significativi nelle diverse terapie e con diversi terapeuti. Gli items del cliente, per esempio, riflettono processi degli approcci alla terapia di coppia e della famiglia di vario genere, da quelli focalizzati sull'emozione (es., "Il cliente mostra vulnerabilità"), a quelli strutturali ("es., Il cliente aderisce alla richiesta del terapeuta di mettere in atto un'interazione"), da quelli comportamentali (es., "Il cliente acconsente a far compiti a casa"), a quelli focalizzati sulla soluzione del problema (es., "Il cliente esprime ottimismo o indica che sono avvenuti cambiamenti positivi") e costruttivisti (es., "I membri della famiglia chiedono il punto di vista degli altri").

Va riconosciuto che hanno inevitabilmente giocato un ruolo nel disegno del SOFTA alcuni fattori come la natura del nostro training, l'esperienza e gli sviluppi professionali; i nostri contesti culturali e lavorativi; il genere delle terapie videoregistrate. Di conseguenza, alcuni terapeuti potrebbero considerare, in base alla prospettiva del particolare lavoro e approccio teorico che hanno, che gli aspetti importanti dell'alleanza terapeutica non siano sufficientemente rappresentati nel modello e nelle sue misure. Nonostante questa giusta considerazione, quando descriviamo il SOFTA come *transteorico*, lo facciamo per enfatizzare la nostra visione dell'alleanza come fattore comune e aspecifico (Asay & Lambert, 1999; Sexton, Ridley, & Kleiner, 2004). Il SOFTA riflette così la letteratura precedente sull'alleanza nella terapia di coppia e della famiglia (es., Pinsof, 1994, 1995; Rait, 1998) e nell'ambito generale della psicoterapia (es., Horvath, 1994; Safran & Muran, 2000); nello specifico, la concettualizzazione dell'alleanza di Bordin (1979, 1994) e i contributi di Pinsof (1999; Pinsof & Catherall, 1986) e Symonds e Horvath (2004) all'analisi e alle misure dell'alleanza all'interno del contesto unico della terapia di coppia e della famiglia.

Come esposto nei successivi paragrafi, le definizioni operative delle quattro dimensioni che costituiscono il SOFTA e i suoi descrittori comportamentali, riflettono una vasta revisione della letteratura sulla terapia di coppia e della famiglia – non limitata da appartenenze teoriche – e le diverse esperienze cliniche e accademiche di tutti i collaboratori che hanno partecipato alla creazione e alla validazione del SOFTA.

Osservazionale

Diamo per scontato che i comportamenti sociali, in generale, sono manifestazioni di pensieri e sentimenti sottostanti le relazioni interpersonali. In termini specifici, i comportamenti del cliente che abbiamo identificato, raggruppato in cluster e definito nel SOFTA-o sono manifestazioni di pensieri e sentimenti sottostanti sull'alleanza. Dunque, gli indicatori SOFTA-o, come "Il cliente descrive o discute un piano per migliorare la situazione", "I membri della famiglia convalidano il punto di vista degli altri", "Il cliente verbalizza fiducia nel terapeuta" e "Il cliente rivela un segreto o qualcosa che altri membri della famiglia non sapevano", sono comportamenti che

riflettono sentimenti e pensieri del cliente sull'alleanza come: "Stiamo lavorando con il terapeuta", "Siamo in terapia insieme", "Il terapeuta è qui per noi" e "Qui il nostro conflitto può essere gestito senza nuocere a nessuno". Allo stesso modo, nel SOFTA-o i comportamenti del terapeuta sono manifestazioni dei contributi cognitivi ed emotivi al coinvolgimento, alla connessione, alla sicurezza e al senso di uno scopo condiviso all'interno della famiglia.

Nella creazione delle misure, abbiamo iniziato con il comportamento del cliente, per due ragioni. La prima ragione è che la ricerca sulla terapia individuale ha mostrato in maniera consistente che la percezione del cliente dell'alleanza è il predittore più forte del successo terapeutico (es., Horvath, 1994; Horvath & Symonds, 1991). La seconda ragione è che abbiamo trovato letteratura teorica e clinica molto scarsa su comportamenti, pensieri e sentimenti del cliente nella terapia di coppia e della famiglia (cfr. Friedlander, Wildman, et al., 1994).

Costruendo il SOFTA ex novo, volevamo essere sicuri che i comportamenti che includevamo riflettessero significativamente i pensieri e i sentimenti dei clienti sulla loro partecipazione al trattamento con gli altri membri della famiglia. Così i descrittori del SOFTA-o sono stati ricavati da un test di validazione su un ampio insieme di items ottenuti da (a) esperienze cliniche nostre e di colleghi che hanno collaborato alla fase iniziale dello sviluppo delle misure; (b) descrizioni del comportamento e delle relazioni terapeutiche nella letteratura clinica, teorica ed empirica della terapia di coppia e della famiglia; e (c) un'approfondita analisi delle videoregistrazioni delle sedute di terapia familiare. Sebbene gli items non costituiscano l'universo dei comportamenti alleanza-correlati, non per questo sono meno rappresentativi, significativi e comuni alla maggior parte degli approcci della terapia di coppia e familiare.

Un simile processo è stato usato per sviluppare gli indicatori comportamentali dei contributi del terapeuta a ciascuna delle quattro dimensioni del SOFTA. Come i comportamenti del cliente, i comportamenti del terapeuta includono i contributi sia positivi che negativi all'alleanza e molti di essi hanno un corrispettivo nella versione per i clienti. Per esempio, l'item "Il cliente incoraggia un altro membro della famiglia ad aprirsi o a raccontare la verità", corrisponde all'item "Il terapeuta aiuta i clienti a parlare in modo sincero e a non stare sulla difensiva l'uno con l'altro".

Nel processo di costruzione, abbiamo richiesto che tutti i descrittori dei clienti e dei terapeuti fossero comportamenti osservabili, verbali e non verbali (sebbene questi ultimi fossero assai meno presenti). Così per esempio, piuttosto che: "I membri della famiglia sono interessati al punto di vista degli altri membri della famiglia", l'item SOFTA-o è comportamentale: "I membri della famiglia chiedono il punto di vista degli altri". Inoltre, ciascuna descrizione comportamentale ha una definizione operativa che fa focalizzare il giudice sul comportamento osservabile e quindi minimizzare le inferenze soggettive. Per esempio, nel manuale di training (<http://www.softa-soatif.net>) il descrittore negativo, "Il cliente esprime di sentirsi 'bloccato', chiede che valore abbia la terapia, o dichiara che la terapia non è (o non è stata) di aiuto" è operativamente descritto come segue:

Si deve contrassegnare questo item negativo quando un cliente verbalizza esplicitamente insoddisfazione per come sta andando la terapia, la sua necessità e la direzione che sta prendendo. Questa espressione di atteggiamento o emozione negativa potrebbe o meno

essere in risposta a una domanda del terapeuta o di alcuni membri della famiglia. Questo item *non* deve essere contrassegnato se la risposta del cliente è vaga, come “Non so”, o “Ok, ci provo”, anche se si sospetta un atteggiamento negativo. Tali vaghe espressioni potrebbero essere indicatori di un altro item negativo, es. mostrare indifferenza. Ovvero, per contrassegnare questo item l’espressione di insoddisfazione deve essere chiara ed esplicita (Friedlander, Escudero, Heathrington, et al., 2004, p.14).

In che modo comportamenti come questi contribuiscono alla debolezza dell’alleanza? Chiaramente non si tratta solo di fare un banale conteggio dei comportamenti, dato che alcuni sono più influenti di altri. L’item discusso precedentemente è un indicatore di una debole alleanza più significativo dell’item “Il cliente evita il contatto visivo con il terapeuta”, per esempio. Così, nel fare inferenze sulla forza dell’alleanza, il ricercatore, il terapeuta o il supervisore ha bisogno di pesare la frequenza, l’intensità e la significatività di un comportamento nel contesto di tutti i comportamenti esibiti in una data seduta di terapia. Essenzialmente, i processi di giudizio del SOFTA-o rispecchiano il ragionamento clinico – vale a dire fare inferenze su pensieri e sentimenti dei clienti osservando il loro comportamento.

Come descritto in dettaglio nel Capitolo 3, il manuale del SOFTA-o (<http://www.softa-sotif.net>) fornisce le linee guida per fare inferenze circa la forza delle quattro dimensioni sottostanti (Coinvolgimento nel Processo Terapeutico, Connessione Emotiva con il Terapeuta, Sicurezza nel Sistema Terapeutico e Senso di uno Scopo Condiviso all’interno della Famiglia) dalle osservazioni dei comportamenti del cliente e del terapeuta. Sulla base del tipo, della frequenza e dell’intensità degli items osservati in una data sessione, ciascuna dimensione riceve un punteggio su una scala a 7 valori, che vanno da -3 (*molto problematico*) a +3 (*molto forte*). Per facilitare questo processo, la versione software delle misure, e-SOFTA, permette al giudice di registrare i commenti qualitativi, mentre cerca i comportamenti alleanza-correlati. I punteggi delle dimensioni possono essere usati per tracciare il profilo dei contributi all’alleanza a scopo comparativo, come illustrato nel Capitolo 8.

Il punteggio centrale delle scale dimensionali (0= *non classificabile/neutrale*) indica che (a) non ci sono comportamenti in seduta che suggeriscono particolare forza o debolezza del coinvolgimento, della connessione, della sicurezza o dello scopo condiviso oppure (b) i comportamenti positivi e negativi del cliente si annullano a vicenda – in base alla loro frequenza o natura- tanto da parlare di un risultato in pareggio. Per esempio, uno 0 alla scala del Coinvolgimento significa che il comportamento in seduta del cliente non indica né un particolare coinvolgimento, né difficoltà o riluttanza significativa a coinvolgersi nelle procedure o nei compiti della terapia.

Il punteggio più alto (+3) indica un livello ottimale di contributo all’alleanza in una data dimensione, mentre il punteggio più basso (-3) indica stress estremo nell’alleanza in quella dimensione. Un cliente che riceve -3 nella Connessione Emotiva con il Terapeuta, per esempio, deve aver manifestato molti comportamenti di forte negatività, come “interazioni ostili o sarcastiche con il terapeuta”. Il Capitolo 3 descrive in dettaglio le procedure osservazionali e di valutazione del SOFTA-o e i suggerimenti per i giudici in formazione per usare lo strumento nella ricerca sul processo terapeutico.

Le misure self-report del cliente e del terapeuta (SOFTA-s; Appendice B) sono state derivate direttamente dallo strumento osservazionale. Il nostro ragionamento è stato

che, se in effetti le manifestazioni comportamentali dell'alleanza riflettono le esperienze interne dei clienti e dei terapeuti, ci dovrebbero essere associazioni significative fra comportamenti osservati come "risponde sulla difensiva ad un altro membro della famiglia" e percezioni autocompilate come "a volte in terapia mi metto sulla difensiva". L'esperienza preliminare con il SOFTA-s suggerisce che le scale hanno una coerenza interna (sono, cioè, affidabili), sono predittive di valutazioni della seduta e sono associate in maniera significativa ai rispettivi comportamenti sulle scale SOFTA-o, in rilevazioni effettuate a metà di trattamenti familiari brevi (Friedlander, Escudero, Haar, & Higham, 2005; Friedlander, Talka, et al., 2003).

Interpersonale

I descrittori osservazionali nel SOFTA-o fanno riferimento a comportamenti interattivi fra i membri della famiglia e fra ciascun cliente e il terapeuta. Le sedute di terapia sono per definizione un contesto interpersonale di grande valore comunicativo. L'importanza del contesto comunicativo nella relazione terapeuta-cliente è riflessa nell'espressione: "E' impossibile non stabilire un rapporto" (Speed, 1996, p. 103) che fa riferimento al classico assioma di Watzlawick, Beavin e Jackson: "non si può non comunicare" (p. 49). Se consideriamo la relazione terapeutica come un mezzo per comunicare i contenuti della terapia e riconosciamo che la relazione "reale" con il terapeuta (Greenson, 1967) è essa stessa terapeutica, dobbiamo ammettere che tutti i comportamenti messi in atto dai partecipanti alla seduta hanno una influenza sulla forza dell'alleanza. Ad esempio dunque l'item riferito al terapeuta: "Il terapeuta elogia la motivazione del cliente al coinvolgimento o al cambiamento", potrebbe riguardare un membro della famiglia, ma, poiché tutti ascoltano tale commento, ciò potrebbe influenzare l'alleanza terapeutica con altri membri della famiglia.

Dal momento che il SOFTA-o è stato creato per misurare la forza dell'alleanza nei trattamenti congiunti di coppia e familiari, per la sua costruzione abbiamo usato videoregistrazioni di terapie con diversi componenti della famiglia. Comunque, con l'eccezione del Senso di uno Scopo Condiviso all'interno della Famiglia -che esplicitamente valuta l'alleanza fra i membri di una famiglia- il SOFTA è anche applicabile a terapie individuali e di gruppo. Ad ogni modo, il SOFTA è stato ispirato dal bisogno di strumenti che riflettessero sia la complessità che l'unicità delle terapie di coppia e della famiglia.

Multidimensionale

Il SOFTA è una misura multidimensionale di un costrutto di ordine superiore (cioè l'alleanza), come il Working Alliance Inventory (Horvath & Greenberg, 1986, 1989). Il SOFTA è multidimensionale in due modi: (a) entrambi i sistemi -sia quello del cliente sia quello del terapeuta (Pinsof, 1994)- sono rappresentati e (b) i descrittori riflettono quattro dimensioni sottostanti al costrutto dell'alleanza. Ciascuna dimensione è composta da items, sia positivi che negativi, che esemplificano contributi favorevoli e sfavorevoli all'alleanza. Nella Tabella 2.1, presentiamo le definizioni operative

delle quattro dimensioni, con esempi di items positivi e negativi, e nella Tabella 2.2 illustriamo la corrispondenza di items nelle due misure (cioè SOFTA-o e SOFTA-s). Negli strumenti veri e propri (Appendice A e B), sono elencati tutti gli items che compongono ciascuna dimensione.

Nella nostra concettualizzazione dell'alleanza, le quattro dimensioni SOFTA rappresentano dei criteri significativi per comprendere l'unicità del lavoro congiunto. La Sicurezza all'interno del Sistema Terapeutico e il Senso di uno Scopo Condiviso all'interno della Famiglia riflettono processi unici della terapia con più clienti, mentre il Coinvolgimento nel Processo Terapeutico e la Connessione Emotiva con il Terapeuta -vale a dire la collaborazione su obiettivi e compiti della terapia e il legame con il terapeuta- sono caratteristiche comuni a tutte le forme di trattamento (Bordin, 1979, 1994). Inoltre, le dimensioni riflettono relazioni cliente-terapeuta (Coinvolgimento, Connessione Emotiva) e intrafamiliari (Sicurezza, Scopo Condiviso), al pari di aree di funzionamento cognitivo-comportamentali (Coinvolgimento, Scopo Condiviso) e affettive (Connessione Emotiva, Sicurezza).

Consideriamo inoltre le quattro dimensioni SOFTA come processi dinamici e fluidi. L'importanza di ognuna di queste dimensioni può crescere e diminuire nel corso della seduta come nel corso del trattamento. È ragionevole ritenere che, ad esempio, il senso di sicurezza di un cliente sia un prodotto della sua connessione emotiva con il terapeuta. Allo stesso tempo, sentirsi sicuro aiuta il cliente a coinvolgersi nel processo terapeutico e il coinvolgimento rafforza il rapporto con il terapeuta. È anche probabile che queste tre dimensioni siano forti quando l'intera famiglia è d'accordo sulle ragioni per le quali è in trattamento e ha obiettivi e aspettative simili. Così, sebbene le quattro dimensioni siano intercorrelate (cioè non mutuamente escludentesi), ciascuna dimensione offre un'informazione specifica e non ridondante sulla forza dell'alleanza terapeutica per un dato cliente o famiglia (vedi la Figura 2.1). Infatti la ricerca sul SOFTA-o e sul SOFTA-s ha rilevato moderate, ma significative correlazioni fra le scale dimensionali (Friedlander, Escudero, Haar, & Higham, 2005; Friedlander, Escudero, Horvath, et al., 2006).

TABELLA 2.1: Dimensioni e Comportamenti esplicativi nel SOFTA-o (Cliente)

| Dimensione | Definizione | Esempi di descrittori comportamentali |
|--|--|--|
| Coinvolgimento nel Processo Terapeutico | Il cliente considera il trattamento significativo; sente di essere coinvolto nella terapia e di lavorare insieme al terapeuta; avverte che gli obiettivi e i compiti della terapia possono essere discussi e negoziati con il terapeuta; considera importante prendere sul serio il processo terapeutico e crede che il cambiamento sia possibile. | Positivo: Il cliente descrive o discute un piano per migliorare la situazione. Negativo: Il cliente mostra indifferenza riguardo ai compiti o al processo della terapia (es: con un'adesione puramente formale dicendo: "non so", distraendosi) |

Cont...

| | | |
|---|--|--|
| <p>Connessione Emotiva con il Terapeuta</p> | <p>Il cliente considera il terapeuta una persona importante nella sua vita, quasi come un membro della famiglia; sente che la relazione con il terapeuta poggia su affiliazione, fiducia, cura e interesse; sente che il terapeuta si prende cura di lui genuinamente e che “è lì” per il cliente; sente di essere sulla stessa lunghezza d’onda del terapeuta (per es., simili prospettive di vita, valori); apprezza l’esperienza e la competenza del terapeuta.</p> | <p>Positivo: Il cliente esprime interesse per la vita personale del terapeuta. Negativo: Il cliente ha interazioni ostili o sarcastiche con il terapeuta.</p> |
| <p>Sicurezza nel Sistema Terapeutico</p> | <p>Il cliente considera la terapia un luogo dove può permettersi di rischiare, aprirsi ed essere flessibile; si sente a proprio agio e nutre aspettative di fare nuove esperienze e imparare cose nuove; pensa di poter trarre benefici dalla terapia; che i conflitti interni alla famiglia si possano gestire senza nuocere a nessuno e che non serve stare sulla difensiva.</p> | <p>Positivo: Il cliente rivela un segreto o un qualcosa che altri membri della famiglia non sapevano. Negativo: Il cliente rifiuta o è riluttante nel rispondere quando un membro della famiglia si rivolge a lui/lei in modo diretto.</p> |
| <p>Senso di uno Scopo Condiviso all’interno della Famiglia</p> | <p>I membri della famiglia si percepiscono in un ruolo attivo rispetto alla terapia al fine di migliorare le relazioni familiari e raggiungere obiettivi familiari comuni; si sentono solidali in terapia (“siamo in terapia insieme”); danno valore al tempo che spendono insieme in terapia; essenzialmente, un senso di unità all’interno della famiglia in relazione alla terapia.</p> | <p>Positivo: I membri della famiglia convalidano il punto di vista degli altri. Negativo: I membri della famiglia si accusano a vicenda.</p> |

Nota: SOFTA-o=Sistema di Osservazione delle Alleanze in Terapia Familiare –osservazionale.

TABELLA 2.2: Corrispondenza fra gli items nel SOFTA-o e nel SOFTA-s

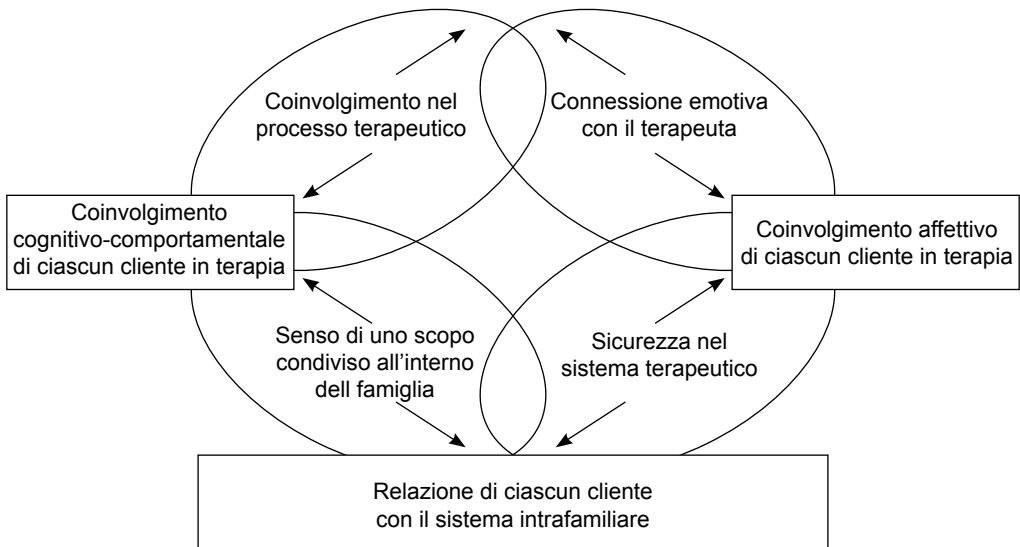
| Dimensioni | SOFTA-o | SOFTA-s |
|--|--|--|
| Coinvolgimento nel Processo Terapeutico | <p>Cliente: Il cliente indica accordo con gli obiettivi del terapeuta.</p> <p>Terapeuta: Il terapeuta incoraggia i clienti a identificare gli obiettivi della terapia</p> | <p>Cliente: Io e il terapeuta stiamo lavorando come una squadra.</p> <p>Terapeuta: Io e la famiglia stiamo lavorando insieme come una squadra.</p> |
| Connessione Emotiva con il Terapeuta | <p>Cliente: Il cliente esprime interesse per la vita personale del terapeuta.</p> <p>Terapeuta: Il terapeuta esprime interesse nei confronti del cliente/i, a prescindere dalla discussione terapeutica propriamente detta.</p> | <p>Cliente: Il terapeuta è diventato una persona importante nella mia vita.</p> <p>Terapeuta: Sono diventato una persona importante nella vita di questa famiglia.</p> |
| Sicurezza nel Sistema Terapeutico | <p>Cliente: Il cliente incoraggia un altro membro della famiglia ad aprirsi o a raccontare la verità.</p> <p>Terapeuta: Il terapeuta aiuta i clienti a parlare in modo sincero e a non stare sulla difensiva l'uno con l'altro.</p> | <p>Cliente: Le sedute di terapia aiutano ad aprirmi (a condividere i miei sentimenti, a tentare cose nuove...)</p> <p>Terapeuta: Le sedute di terapia stanno aiutando i membri della famiglia ad aprirsi (a condividere emozioni, tentare cose nuove...)</p> |
| Senso di uno Scopo Condiviso all'interno della Famiglia | <p>Cliente: I membri della famiglia non sono d'accordo fra loro sul valore, lo scopo, gli obiettivi o i compiti della terapia o su chi dovrebbe essere convocato nelle sedute.</p> <p>Terapeuta: Il terapeuta non riesce a intervenire quando i membri della famiglia litigano tra loro riguardo lo scopo, il valore o la necessità della terapia.</p> | <p>Cliente: Alcuni membri della famiglia non sono d'accordo con gli altri sugli obiettivi della terapia.</p> <p>Terapeuta: alcuni membri della famiglia non sono d'accordo con altri sugli obiettivi della terapia.</p> |

Nota: ciascuna dimensione ha sia items positivi che negativi, sebbene negli esempi sopra riportati solo quelli del Senso di uno Scopo Condiviso sono negativi. SOFTA-o e SOFTA-s sono rispettivamente la versione osservazionale e self-report del Sistema di Osservazione delle Alleanze in Terapia Familiare.

Nelle sedute di terapia, c'è un'interazione fra ciò che Pinsof (1995) chiama il *sistema diretto del terapeuta* e il *sistema diretto del cliente*, cioè gli effettivi partecipanti alla terapia (p. 5). Ci sono due fonti di influenza diretta sui comportamenti osservati in seduta: le relazioni fra il terapeuta o i terapeuti e i clienti che sono presenti, e quelle fra i membri stessi della famiglia. Le interazioni all'interno di entrambe le relazioni influenzano le interazioni fra di esse. Così, per esempio, un'alta conflittualità familiare può generare sfiducia e atteggiamenti difensivi fra i membri; se ci sono segreti o minacce nascoste, questi influenzano la relazione che ogni membro della famiglia stabilisce con il terapeuta. In ogni caso, quando il terapeuta ha interazioni valide con un coniuge,

ma spiacevoli con l'altro, questo sbilanciamento ha senza dubbio un'influenza negativa sulla relazione di coppia (vedi Capitolo 9 sulle alleanze scisse).

Figura 2.1: Interdipendenza delle dimensioni. SOFTA= Sistema d'Osservazione delle Alleanze in Terapia Familiare



Va considerata, inoltre, un'influenza importante sulla terapia da parte dei *sistemi indiretti* sia del terapeuta (es., supervisori, primari, membri del Reflecting Team) che della famiglia (membri della famiglia influenti o altri individui che non stanno prendendo parte alla terapia). Come Pinsof (1994) ha spiegato, c'è una mutua e ricorsiva influenza fra questi quattro sottosistemi (i due sistemi diretti e i due indiretti). Così quando parliamo dell'alleanza terapeutica nella terapia di coppia e familiare, ci riferiamo al prodotto di tutte queste relazioni fra sistemi (cioè le interazioni tra il sistema del terapeuta e quello del cliente) e di tutte le relazioni all'interno del sistema (all'interno del sistema famiglia e all'interno del sistema professionale). Le influenze da parte del sistema indiretto del terapeuta (forme professionali di assistenza a distanza come il funzionario della libertà vigilata, il clero, i consulenti per l'orientamento o collaboratori sociali) possono avere un profondo effetto sulla collaborazione della famiglia con il terapeuta e sulla sua fiducia (Questo argomento è discusso in maniera approfondita nel Capitolo 14).

Fra le quattro dimensioni SOFTA, due (Coinvolgimento e Connessione Emotiva) focalizzano in particolare la relazione tra i sistemi, sia a livello della definizione che negli items che le compongono; una dimensione (Scopo Condiviso) si riferisce interamente alle relazioni all'interno dei sistemi e la dimensione restante (Sicurezza) rappre-

senta la relazione del cliente individuale con l'intero (diretto) sistema terapeutico (cioè, il terapeuta e gli altri membri della famiglia). Tuttavia, come detto precedentemente, i comportamenti che rientrano in ciascuna dimensione possono avere effetti riverberanti sull'intero sistema terapeutico. Per esempio, quando un cliente "descrive o discute un piano per migliorare la situazione" (Coinvolgimento), questo comportamento influenza le relazioni all'interno della famiglia, perché probabilmente "il piano del cliente per migliorare la situazione" coinvolgerà (o almeno influenzerà) anche altri membri della famiglia. Allo stesso modo, comportamenti nella dimensione della Sicurezza, come "Il cliente rivela un segreto o qualcosa che altri membri della famiglia non sapevano", possono avere un effetto significativo sul sistema familiare indiretto, se la rivelazione coinvolge qualche persona influente che non prende parte alla terapia.

Sviluppo degli strumenti SOFTA

Abbiamo iniziato con la versione SOFTA-o del cliente perché la ricerca ha ripetutamente mostrato che la prospettiva del cliente sull'alleanza è quella più strettamente associata agli esiti terapeutici (Horvath & Symonds, 1991). La decisione di iniziare con misure osservative, piuttosto che autosomministrate, si basava su diversi fattori. Primo, una considerazione iniziale era di fornire informazioni utili per la pratica clinica sul comportamento alleanza-correlato dei clienti. Secondo, poco è stato scritto in generale sui *comportamenti* dei clienti che risultano rilevanti nei processi della terapia di coppia e della famiglia (Friedlander, Wildman, et al., 1994). Infine, sebbene i reattivi autosomministrati siano utili nella ricerca, essi risultano nella pratica gravosi sia per i clienti che per i terapeuti, specialmente perché sono necessarie somministrazioni ripetute nel tempo per osservarne le fluttuazioni (definite da Pinsof -1994- come "le lacrime e le riparazioni nell'alleanza"; p. 186), e perché i bambini non sono in grado di completare i questionari in maniera affidabile. Ci è sembrato ragionevole che la conoscenza dei comportamenti che segnalano le percezioni favorevoli e sfavorevoli dell'alleanza da parte dei clienti avrebbe potuto aiutare i terapeuti nei loro interventi in caso di alleanze in crisi, in bilico o scisse.

SOFTA-o

La nostra costruzione della versione SOFTA-o del cliente è iniziata a partire da una ricerca nella letteratura teorica, clinica ed empirica delle informazioni sulla relazione terapeutica nella terapia di coppia e della famiglia. Da questo processo, unito alla nostra ampia esperienza clinica, è scaturita una serie di descrizioni di alleanze terapeutiche positive e negative. Queste descrizioni sono state usate per creare un gruppo iniziale di items illustrativi di diversi aspetti e livelli del coinvolgimento e della collaborazione dei clienti nella terapia familiare congiunta. Come menzionato precedentemente, il requisito guida nella costruzione degli items era che ciascun item fosse un comportamento osservabile.

Per aumentare e modificare l'insieme iniziale di items, il gruppo di ricerca (4 persone) ha osservato 12 sedute di terapia familiare videoregistrate nelle quali i clienti avevano fornito le loro percezioni autovalutate sull'alleanza, usando le scale integrate dell'alleanza di Pinsof e Catherall (1986). Conoscendo la visione dell'alleanza di ciascun membro della famiglia, il gruppo è andato in cerca di comportamenti interpersonali che potessero indicare sentimenti e pensieri positivi e negativi su ciò che stava avvenendo in seduta. La redazione degli items è passata attraverso negoziazioni e confronti ripetuti delle valutazioni di ciascun membro del gruppo circa le 12 registrazioni delle sedute di terapia familiare. L'analisi delle discrepanze ci ha permesso di rendere gli items più chiari e di scartare quelli che erano difficili da valutare.

Per creare le quattro dimensioni SOFTA (Tabella 2.1), il gruppo di ricerca ha iniziato raggruppando induttivamente gli items simili per poi dare un nome al cluster che ne risultava. Successivamente, ciascun membro del gruppo indipendentemente ha scritto la definizione dei costrutti di ciascun cluster. Confrontando e integrando le definizioni, abbiamo deciso quali items fossero collegati logicamente a ciascuna dimensione. Come descritto precedentemente, le procedure di valutazione comportano l'uso della presenza o assenza di specifici comportamenti SOFTA per valutare la forza o la debolezza dei contributi dei membri della famiglia all'alleanza nelle quattro dimensioni. Un test di questa procedura di valutazione con 6 differenti videoregistrazioni mostrava che tale processo era praticabile e ha fornito una buona concordanza fra i giudici.

Per valutare la *face-validity* dello strumento, ci siamo avvalsi di un compito di classificazione. Gli iniziali 44 items sono stati rimescolati a caso ed è stato chiesto a 24 ricercatori sui processi in terapia familiare degli Stati Uniti, del Canada e della Spagna (17 di madrelingua inglese e 4 di madrelingua spagnola) di leggere le definizioni delle quattro dimensioni e indicare quale fosse il costrutto sottostante a ciascuno dei vari items. Questo metodo ci ha permesso di controllare ad esempio se gli esperti, vedendo l'item "I membri della famiglia chiedono il punto di vista degli altri", fossero in grado di vedervi rappresentato il Senso di uno Scopo Condiviso all'interno della famiglia, come lo vedevamo noi.

La regola decisionale era la seguente: se almeno tre quarti (75%) degli esperti selezionava la stessa dimensione per un dato item, l'item veniva mantenuto; in caso contrario, veniva eliminato o spostato in un cluster differente. Le istruzioni consentivano agli esperti di selezionare più di una dimensione per ogni item, ma chiedevano di indicare la dimensione più strettamente associata. Agli esperti è stato anche chiesto di commentare gli items e, per migliorare la validità di contenuto della misurazione, di suggerire altri items che, secondo loro, fossero indicatori comportamentali rilevanti rispetto alle quattro dimensioni di alleanza sottostanti. Gli esperti spagnoli sono stati inoltre invitati a commentare l'appropriatezza degli items e delle dimensioni per i clienti di lingua spagnola.

I risultati hanno indicato un'alta concordanza fra i due campioni di esperti - $ks=0,81$ (inglese) e $0,71$ (spagnolo)- e la maggioranza degli items è stata considerata un esempio comportamentale delle quattro dimensioni iniziali raggruppate in cluster (Friedlander, Escudero, Horvath, et al., 2006). Infatti, la maggior parte degli items era considerata in maniera simile da almeno il 75% di giudici nei due campioni. Seguendo la regola decisionale, abbiamo spostato molti items da una dimensione a un'altra oppure è stata

modificata la loro formulazione. Usando la nostra esperienza con una nuova serie di dati, abbiamo aggiunto alcuni nuovi items nelle dimensioni della Sicurezza e del Senso di uno Scopo Condiviso. In aggiunta, ciascun item comportamentale é stato operazionalizzato a scopo di addestramento e per aumentarne l'affidabilità (come illustrato nella sezione "Osservazionale" precedentemente discussa).

Un processo simile è stato seguito per lo sviluppo della versione SOFTA-o del terapeuta (Escudero, Friedlander, & Deihl, 2005). Ovvero, basandoci sulla letteratura, sulla nostra esperienza clinica e sulle numerose sedute osservate durante lo sviluppo e la valutazione della versione del cliente, abbiamo costruito gli items e richiesto a ricercatori in terapia familiare di classificarli nelle quattro dimensioni SOFTA. Circa la metà degli items del terapeuta sono stati scritti come corrispondenti agli items del cliente (Tabella 2.2 e Appendice A, in cui sono indicati da un asterisco) come, ad esempio, "Il terapeuta incoraggia i clienti a identificare gli obiettivi della terapia" e "Il cliente indica accordo con gli obiettivi della terapia".

In particolare, il SOFTA-o ha pochi items negativi per il terapeuta e, in effetti, nelle nostre ricerche avevamo trovato pochi esempi di comportamenti negativi del terapeuta, persino fra terapeuti relativamente inesperti. Questo non significa che i terapeuti si comportino sempre in modi da incrementare l'alleanza. Piuttosto, i contributi negativi dei terapeuti all'alleanza tendono a essere più sfumati (come non riuscire a intervenire quando un cliente si chiude emotivamente), piuttosto che comportamenti francamente pericolosi. Non è facile giudicare in modo affidabile il fatto di non essere riuscito a fare qualcosa, comunque. Ammettiamo che la ricerca con il SOFTA-o è influenzata da questa limitazione metodologica, poiché i terapeuti fanno effettivamente errori ed è importante identificarli. Molti dei casi clinici in questo libro rivolgono l'attenzione alle occasioni mancate, agli errori e alle reazioni controtransferali al cliente.

SOFTA-s

Dopo aver creato gli strumenti osservazionali, abbiamo sviluppato gli strumenti di misurazione self-report del cliente e del terapeuta, SOFTA-s (Appendice B). Il nostro scopo era duplice: creare un breve questionario che potesse essere usato nella ricerca sul campo sull'alleanza ed esplorare il grado con il quale i pensieri e i sentimenti riportati dai clienti e dai terapeuti riguardo il Coinvolgimento, la Connessione Emotiva, la Sicurezza e il Senso di uno Scopo Condiviso fossero associati al comportamento osservato.

Usando le definizioni concettuali delle dimensioni SOFTA (Tabella 2.1), abbiamo costruito quattro items per dimensione. Così, ciascuna versione (cliente e terapeuta) del SOFTA-s ha 16 items positivi e negativi che devono essere valutati su una scala Likert a 5 punti (1= *per niente*, 5= *moltissimo*). Gli esempi del cliente includono "Io e il terapeuta stiamo lavorando insieme come una squadra" (Coinvolgimento positivo) e "Tutti i membri della mia famiglia che partecipano alla terapia vogliono il meglio per la nostra famiglia e vogliono risolvere i nostri problemi" (Scopo Condiviso positivo); gli esempi del terapeuta includono: "Sono diventato una persona importante nella vita di questa famiglia" (Connessione emotiva positiva) e "Ci sono

alcuni argomenti che i membri della famiglia hanno paura di discutere in terapia” (Sicurezza negativa). Entrambi gli strumenti forniscono un punteggio totale (che riflette l'alleanza in generale) con un range che varia da 16 a 80 e 4 punteggi per le sottoscale (sul Coinvolgimento, Connessione Emotiva, Sicurezza e Scopo Condiviso) con un range da 4 a 20.

Applicazioni cliniche del modello

Sebbene il SOFTA sia stato creato per essere utilizzato nella ricerca sul processo nella terapia congiunta di coppia e familiare, abbiamo riscontrato quanto fosse prezioso anche nel training e nella supervisione per i terapeuti familiari alle prime armi. Usando i descrittori comportamentali all'interno di ciascuna dimensione, un terapeuta o un supervisore può analizzare la forza dell'alleanza terapeutica in una o più sedute. L'analisi può essere centrata su una o più dimensioni dell'alleanza, su un membro della famiglia o sulla famiglia intera. Con l'e-SOFTA (descritto nel Capitolo 3), il giudice può creare un file (essenzialmente un diario della seduta) con note qualitative, automaticamente ordinate cronologicamente dal programma e associate a ciascun indicatore comportamentale al momento in cui viene rilevato e contrassegnato. In questo modo il SOFTA-o può essere un utile supporto nel training, nella supervisione e nella auto-supervisione.

Se si considera il SOFTA uno strumento per la ricerca clinica e per la pratica, si può affrontare la questione del contributo di ciascuna delle quattro dimensioni alla creazione di alleanze terapeutiche favorevoli. In altre parole, le questioni basate sul modello sono interessanti sia dal punto di vista scientifico che clinico. Per esempio, è necessaria un'alleanza forte in tutte e quattro le dimensioni per la creazione di una solida e complessiva alleanza con le coppie e le famiglie? Oppure c'è una specifica sequenza o pattern per sviluppare l'alleanza e strutturare al meglio i contributi di ciascuna dimensione? O ancora, c'è una dimensione indispensabile o che ha una priorità rilevante rispetto alle altre all'inizio del trattamento?

A parte queste domande teoriche, il SOFTA può aiutare i professionisti a riflettere sul lavoro con i clienti in corso d'opera. Dal momento che il SOFTA enfatizza gli aspetti dinamici del processo terapeutico (vedi Capitolo 8), è ragionevole aspettarsi che, per ogni famiglia, il modo in cui le differenti dimensioni SOFTA contribuiscono al progresso della terapia dipende da fattori diversi, fra cui:

- *Caratteristiche del sistema famiglia:* Differenti dimensioni dell'alleanza potrebbero essere più salienti per le coppie che per le famiglie (Heatherington & Friedlander, 1990b) e per famiglie nucleari piuttosto che divorziate, ricostituite, monogenitoriali o famiglie trigerazionali (v. Capitolo 10). L'importanza delle varie dimensioni SOFTA sarà inoltre differente se i clienti sono volontari o obbligati al trattamento. A livello di organizzazione familiare, facilitare il senso di uno scopo condiviso, ad esempio, assume un diverso significato con famiglie invischiate o altamente coesive, rispetto a quelle disimpegnate o caotiche.

- *Approccio terapeutico:* I differenti orientamenti della terapia familiare variano nella richiesta di partecipazione ai membri della famiglia. Dal momento che i compiti, gli obiettivi e le procedure in alcune terapie sono orientati più in senso comportamentale rispetto ad altre, è ragionevole aspettarsi che la Connessione Emotiva con il Terapeuta giochi un ruolo differente, per esempio, in una terapia breve focalizzata sulla soluzione del problema, rispetto a terapie di coppia focalizzate sull'emotività o orientate all'insight. Similmente, altre dimensioni SOFTA possono variare di intensità a seconda dell'approccio o dell'orientamento teorico del terapeuta.
- *Natura del problema presentato:* Il problema o il motivo di disagio nel sistema cliente influenza la priorità delle varie dimensioni nello sviluppo e nel mantenimento dell'alleanza. In una famiglia altamente conflittuale che ha conosciuto numerosi episodi di violenza o abuso psicologico, la sicurezza all'interno del sistema terapeutico è probabilmente indispensabile. In una famiglia che ha a che fare con un genitore con una malattia cronica o terminale, invece, è improbabile che la sicurezza abbia lo stesso significato.
- *Il genere e altre caratteristiche del terapeuta:* Sulla base della letteratura generale riguardante la relazione terapeutica (Asay & Lambert, 1999; Bachelor & Horvath, 1999) e della letteratura specifica sull'influenza di genere su questa relazione (Gerhart & Lyle, 2001), è frequente rilevare che il genere e altre caratteristiche personali del terapeuta influenzino la relativa importanza di varie dimensioni SOFTA per una data terapia di coppia o della famiglia (v. Capitolo 10). È probabile che il genere del terapeuta sia un fattore di sicurezza, ad esempio, quando una coppia discute problemi sessuali o altri problemi intimi. Quando c'è un problema di differenza di razza o religione fra clienti e terapeuta, la connessione emotiva con il terapeuta potrebbe essere prioritaria.

Idealmente, le linee guida per creare alleanze favorevoli dovrebbero risultare dalla ricerca empirica come anche dalla teoria e dall'esperienza clinica. Per avvicinarci a questo obiettivo, proponiamo un modello euristico di comprensione del contributo delle dimensioni SOFTA a quattro aspetti generali del processo terapeutico (vedi Schema 2.1). In questo modello, questi quattro compiti sono visti come fondamentali per tutte le terapie congiunte familiari (verosimilmente per tutte la terapie).

1. Stabilire condizioni appropriate per una relazione terapeutica, inclusa la definizione del contesto e delle condizioni del trattamento, come altri aspetti che influenzano la relazione fra terapeuta e cliente nella fase iniziale.
2. Elaborare obiettivi terapeutici che sono accettabili per la coppia e la famiglia, inclusi i bisogni e le aspettative di ciascun cliente (o sottosistema) rispetto al problema o ai problemi presentati.
3. Usare tecniche coerenti con il modello teorico per raggiungere gli obiettivi negoziati con la famiglia.
4. Assicurare un cambiamento sufficiente affinché il sistema cliente possa "emanciparsi" ovvero, funzionare bene senza l'aiuto terapeutico.

Schema 2.1: Il contributo delle Dimensioni SOFTA ai Progressi Terapeutici. Un modello euristico

| I compiti del processo nella terapia congiunta di coppia e della famiglia | | | | |
|---|--|---|--|---|
| | Stabilire le condizioni favorevoli per le relazioni terapeutiche | Negoziare gli obiettivi con il sistema coppia o famiglia | Completare i compiti terapeutici e ottenere un cambiamento | Generalizzare il cambiamento (fine della terapia) |
| Dimensioni SOFTA con ruolo centrale atteso | Connessione Emotiva con il terapeuta e Sicurezza all'interno del sistema terapeutico | Senso di uno scopo condiviso all'interno della famiglia e Coinvolgimento nel processo terapeutico | Coinvolgimento nel processo terapeutico | Senso di uno scopo condiviso all'interno della famiglia e Sicurezza all'interno della famiglia |
| Risultati attesi (in termini di alleanza) | Creazione di un rapporto di fiducia e di apertura | Collaborazione con il terapeuta e all'interno della famiglia | Partecipazione attiva nelle procedure e nei compiti della terapia, riconoscimento del cambiamento | Assicurazione che i cambiamenti possono essere mantenuti e i nuovi problemi risolti senza terapia |
| Punto focale Sistemico | Fra i sistemi (terapeuta-cliente) e all'interno dei sistemi | Fra i sistemi (terapeuta-cliente) e all'interno dei sistemi | Fra i sistemi (terapeuta-cliente) e all'interno dei sistemi | All'interno dei sistemi |
| Esempi di contributi del terapeuta | Contiene, controlla o gestisce l'ostilità aperta fra i clienti Esprime interesse nei confronti del cliente/i a prescindere dalla discussione in corso | Incoraggia il cliente (i) ad identificare gli obiettivi della terapia Enfatizza i punti in comune delle prospettive dei clienti sul problema o sulla soluzione | Elogia la motivazione del cliente al coinvolgimento o al cambiamento Esprime ottimismo o nota che è avvenuto o può avvenire un cambiamento positivo | Sposta l'attenzione sui valori, le esperienze, i bisogni o i sentimenti condivisi dalla famiglia Elogia i clienti per il rispetto del punto di vista altrui. |

Nota: SOFTA= Sistema di Osservazione delle Alleanze in Terapia Familiare

A seconda della prospettiva teorica, in questo schema generale possono essere inclusi altri compiti, ma proponiamo che la terapia di coppia e familiare di successo debba affrontare questi quattro processi essenziali, senza riguardo all'orientamento teorico o all'importanza riposta in ciascuno di questi. Inoltre, i compiti non devono essere eseguiti rigidamente o in un ordine cronologico come "fasi" in sequenza di un processo. Con l'eccezione del quarto, la fine della terapia, i compiti possono presentarsi e ripresentarsi nel corso del processo. Dopo una rottura dell'alleanza, per esempio, il primo compito (stabilire le condizioni terapeutiche) dovrebbe essere ripreso in considerazione.

In questa schematizzazione, la sicurezza all'interno del Sistema Terapeutico è considerata una "precondizione" necessaria per stabilire un'adeguata relazione terapeutica. In questo senso la sicurezza gioca un ruolo centrale all'inizio del trattamento (v. Capitolo 6). Ciononostante, la Sicurezza (così come le altre dimensioni SOFTA) può essere messa in pericolo in ogni momento a causa di ciò che avviene durante e al di fuori della terapia. In questi casi, ristabilire la sicurezza ha la precedenza su tutti gli altri obiettivi terapeutici. Assicurare la sicurezza all'interno della famiglia è estremamente importante per decidere quando e come terminare il trattamento.

La dimensione relativa al Senso di uno Scopo Condiviso all'interno della Famiglia (Capitolo 7), è fondamentale per mantenere la configurazione congiunta del trattamento e il punto focale sistemico. Nella nostra visione, questa dimensione è cruciale a tal punto che potrebbe ben rappresentare un mediatore dell'esito del trattamento (Heatherington, Friedlander, & Greenberg, 2005). Quando questa dimensione ha un punteggio negativo (quando, cioè, gli obiettivi, i valori e i bisogni non sono condivisi), per poter continuare il trattamento potrebbe essere necessario effettuare sedute individuali con vari membri della famiglia o affiancare altre terapie con i vari sottosistemi (cfr. M. Beck et al., 2006). Come per la sicurezza, assicurare un senso dello scopo condiviso sul mantenimento dei risultati raggiunti, è parte integrante del processo di chiusura.

La dimensione relativa alla Connessione Emotiva con il Terapeuta (Capitolo 5) è centrale nello stabilire solide relazioni terapeutiche e mantenerle nel corso del trattamento, specialmente quando emergono conflitti familiari o si incontrano difficoltà nel processo di cambiamento. In alcuni modelli teorici, la relazione terapeutica è di per sé stessa un elemento "curativo". In altri modelli, il legame emotivo fra cliente e terapeuta è visto come un importante fattore comune o aspecifico, che "fa da mediatore" o "facilita" gli elementi specifici, tecnici nella terapia.

Infine, la dimensione relativa al Coinvolgimento nel Processo Terapeutico (Capitolo 4.), a prescindere dal modello teorico e dalle tecniche (cioè, prescrizioni paradossali, messa in atto di un'interazione, domande circolari, ipnosi), richiede che i clienti accettino e collaborino attivamente al trattamento. Nella misura in cui i cambiamenti prodotti in terapia dipendono da tecniche e procedure specifiche, la famiglia deve sentire queste procedure come proprie e non come qualcosa che le venga imposto (Capitolo 11). In effetti, in una revisione estesa della ricerca sugli esiti in psicoterapia, Wampold (2001) concluse che non c'è un metodo specifico di trattamento che di per sé produca un esito favorevole, ma piuttosto l'abilità del terapeuta di rendere gli obiettivi e i compiti teorizzati come qualcosa di significativo per il cliente, tanto da coinvolgerlo attivamente nel processo.

Conclusioni

Dopo aver osservato una seduta di terapia familiare con una terapeuta alle prime armi, un supervisore commenta: “In questa famiglia, la tua relazione con la ragazza adolescente è forte - a lei piaci e ti stima - ma avrai bisogno di lavorare sodo per non inimicarti la madre, che in questo momento si sente messa in disparte, penso”. Questo commento sottolinea la complessa natura sistemica delle relazioni terapeutiche nella terapia di coppia e della famiglia. Senza volerlo, la terapeuta ha quasi determinato un'alleanza “scissa” - la madre si sente alienata in una terapia che ha cercato lei stessa per aiutare la figlia.

Chiaramente la terapeuta deve controbilanciare l'alleanza prima che la madre interrompa il trattamento. Come è possibile fare questo? Senza capire (a) cosa abbia osservato precisamente il supervisore tra i vari comportamenti che gli permettesse di ipotizzare un'alleanza scissa e (b) cosa si possa fare nello specifico per riparare questa particolare alleanza scissa, la terapeuta avrebbe poche indicazioni per procedere.

Nella creazione del SOFTA, volevamo fornire il genere d'informazione che sarebbe potuto risultare più utile in situazioni cliniche come questa. Dopo aver evidenziato i problemi dell'alleanza in senso generale, potrebbe essere utile per il supervisore dire:

osservando questa seduta, ho notato che la ragazza si sporgeva in avanti ogni volta che rispondeva alle tue domande e che all'inizio scherzava un po' con te [*Connessione Emotiva positiva*], ma evitava ogni contatto con la madre [*Sicurezza Negativa*]. A un certo punto della seduta, la madre ha sussurrato “Questa è senza speranza,” [*Coinvolgimento Negativo*], ma tu potresti non averla sentita. E non rispondendo a questo commento, tu potresti aver involontariamente danneggiato il suo desiderio di lavorare con te.

Da qui, supervisore e supervisionata potrebbero procedere esaminando i vari modi di coinvolgere la madre nel trattamento e insieme rendere il processo più sicuro per la figlia. Parlando degli obiettivi del trattamento, la terapeuta potrebbe rendersi conto che madre e figlia hanno punti di vista molto differenti sulla terapia (cioè, uno scarso Senso di uno Scopo Condiviso) e che il non essere riuscita a colmare questo divario aveva contribuito alla scissione dell'alleanza.

La terapeuta ora ha un piano. Inizierà la prossima seduta incoraggiando madre e figlia a scambiarsi il loro punto di vista sui problemi. Come altro modo di aumentare il loro senso di uno scopo condiviso, la terapeuta potrebbe cercare di far notare le somiglianze fra madre e figlia e i loro valori comuni (ad es., le loro idee femministe). Verso metà seduta, la terapeuta potrebbe coinvolgere la madre nel progettare un divertente “compito a casa” per madre e figlia. A un certo punto, la terapeuta potrebbe esprimere fiducia nei confronti dell'abilità della figlia di condividere maggiormente con la madre i suoi segreti.

Questa breve descrizione coglie l'essenza del SOFTA - identificare manifestazioni comportamentali delle percezioni dei clienti sull'alleanza e dei contributi del terapeuta su di essa. In quanto aspetti diversi di questo costrutto terapeutico centrale, le quattro dimensioni veicolano informazioni pratiche e significative su processi rilevanti nel trattamento di coppia e della famiglia. Per aumentare il coinvolgimento di un membro

della famiglia, il terapeuta può migliorare la sicurezza di un altro. Per alimentare un senso di uno scopo condiviso rispetto al trattamento, il terapeuta può creare legami individuali con ciascun membro della famiglia e incoraggiare ciascuno a partecipare e a coinvolgersi.

Nel prossimo capitolo, illustreremo in sintesi le proprietà psicometriche del SOFTA-o e forniremo istruzioni sull'utilizzo dello strumento nella ricerca e nella pratica. Le rimanenti sezioni del libro presentano discussioni approfondite e illustrazioni cliniche per l'uso pratico del SOFTA.

OSSERVARE L'ALLEANZA

È dell'antico filosofo greco Eraclito il detto *“Non ci si può immergere nello stesso fiume due volte”*. Come un fiume d'acqua, il “fiume della psicoterapia è sempre in cambiamento”. L'insoddisfazione di un marito rispetto al disinteresse della moglie verso la sessualità potrebbe avere un impatto diverso in quindicesima seduta, quando l'alleanza terapeutica è forte, rispetto a quello che avrebbe in prima seduta con un'alleanza appena iniziata. Nonostante il contesto, comunque, molti comportamenti riflettono in maniera predittiva alleanze terapeutiche forti o deboli. Probabilmente gridare o inveire contro altri membri della famiglia (se succede), riflette un debole senso di uno scopo condiviso. Riuscire ad esprimere sentimenti dolorosi, quando questi emergono, probabilmente riflette una certa sicurezza, indipendentemente dal fatto che vengano stimolati dal terapeuta o da un altro membro della famiglia, o che rivelino vissuti di solitudine, dipendenza da sostanze, abusi o inadeguatezza sessuale.

In altre parole, molti comportamenti sono comuni nella terapia di coppia e familiare, nel senso che si verificano frequentemente e riflettono la forza dell'alleanza, o perché contribuiscono ad essa oppure perché la riducono, a prescindere dall'approccio terapeutico, dal setting o dal contesto di trattamento. Come descritto nei Capitoli 1 e 2, il Sistema di Osservazione delle Alleanze in Terapia Familiare (SOFTA) ci fa focalizzare l'attenzione su comportamenti specifici che riflettono i contributi dei clienti e dei terapeuti alle quattro dimensioni dell'alleanza terapeutica nella terapia di coppia e familiare: Coinvolgimento nel Processo Terapeutico, Connessione Emotiva con il Terapeuta, Sicurezza all'interno del Sistema Familiare e Senso di uno Scopo Condiviso all'interno della Famiglia. Il SOFTA non è solo un modello concettuale, ma anche una serie di strumenti, un sistema di valutazione osservazionale (SOFTA-o; Appendice A), e un corrispondente questionario self-report (SOFTA-s; Appendice B) per clienti e terapeuti.

In questo capitolo descriviamo il metodo carta-e-matita e il software per usare il SOFTA-o (o la sua versione spagnola SOTIF-o). Dal momento che gli strumenti di misura possono essere usati nella ricerca come nella pratica, nei training e nella supervisione (discussi nel Capitolo 15), riassumeremo il training dei giudici e le proprietà psicometriche delle misure sulla base di studi condotti negli Stati Uniti, Spagna e Canada.

Usare il SOFTA-o carta-e-matita

I giudici possono analizzare una seduta di terapia videoregistrata oppure dal vivo. Sebbene valutare sedute dal vivo possa essere utile per la supervisione, non c'è ovviamente la possibilità di bloccare e rimandare indietro per un'analisi accurata. Le videoregistrazioni sono preferibili alle audioregistrazioni dal momento che un certo numero di comportamenti SOFTA-o sono non verbali (è comunque possibile valutare un'audioregistrazione, il fruitore deve semplicemente essere consapevole che non tutte le evidenze comportamentali correlate all'alleanza sono rilevabili in questo modo).

Per valutare le sedute con il SOFTA-o carta-e-matita, il fruitore ha bisogno dello strumento stesso, delle linee guida per convertire i contrassegni dei comportamenti nei punteggi numerici delle dimensioni e la lista delle definizioni operazionalizzate di ciascun item.

Lo strumento e le linee guida si trovano nell'Appendice A e le definizioni operazionalizzate sono incluse nel manuale di training, disponibile su <http://www.softa-soatif.net>. L'addestramento all'uso corretto di questi materiali è descritto nella sezione Training per i fruitori del SOFTA-o.

Come si può vedere nell'Appendice A, ci sono strumenti diversi per il comportamento del cliente e del terapeuta. Sebbene sia spesso desiderabile valutare cliente e terapeuta insieme, un'osservazione affidabile richiede che il giudice si concentri su uno alla volta. Ciascuno strumento definisce innanzitutto le quattro dimensioni dell'alleanza e poi presenta una lista di items comportamentali positivi e negativi (in corsivo) sotto il titolo di ciascuna dimensione. Nella versione del cliente, i giudici inseriscono i ruoli (ovvero madre, padre, figlia, figlio) o i nomi dei clienti in cima ad ogni colonna.

I punteggi di un'intera seduta forniscono la valutazione più valida della stessa, ma in funzione dello scopo del valutatore, possono essere analizzati anche solo alcune parti di una seduta. Nell'applicazione pratica, potrebbe essere interessante osservare i comportamenti del cliente che portano a scambi emotivi intensi o a un evento cruciale, come quando un cliente dichiara che la terapia non è d'aiuto.

Come discusso nel Capitolo 2, l'idea di base del SOFTA-o è che i pensieri e i sentimenti dei clienti su ciascuna dimensione dell'alleanza siano rilevati da specifici indicatori comportamentali a bassa inferenza, sia positivi che negativi - per esempio, "Il cliente introduce un problema per la discussione" (Coinvolgimento) o "I membri della famiglia evitano il contatto visivo con gli altri" (Senso di uno Scopo Condiviso). Nello stesso modo, il contributo del terapeuta a ciascuna dimensione è riflesso nella frequenza e nel significato contestuale dei suoi comportamenti positivi o negativi correlati all'alleanza. Mentre osserva la seduta, il giudice deve contrassegnare nelle apposite colonne a destra ciascun comportamento mentre accade. I giudici possono annotare qualsiasi cosa sia necessario (ovvero, citazioni alla lettera, tic, punti interrogativi, segni più) per richiamare l'importanza, la frequenza o l'impatto di un dato comportamento.

In casi dubbi, il giudice dovrebbe riferirsi alle definizioni operazionalizzate del manuale di training (vedi <http://softa-soatif.net>). Nella dimensione Coinvolgimento, per esempio, la definizione operazionalizzata dell'item comportamentale "Il cliente indica accordo con gli obiettivi del terapeuta" è:

Dopo che il terapeuta ha esplicitamente identificato o descritto lo scopo della terapia e gli obiettivi del trattamento, il cliente dice qualcosa che indica accettazione della prospettiva del terapeuta. Il cliente potrebbe acconsentire esplicitamente ("Sì, va bene") o più implicitamente ("Bene, questo ha senso perché..." o "Iniziamo allora").

Tutti gli items del cliente e del terapeuta sono spiegati nel manuale di training. Dal momento che i comportamenti non verbali (come inclinarsi in avanti o evitare il contatto visivo) possono verificarsi a intermittenza durante la seduta, questi items sono conteggiati solo una volta se sono presenti per tutta la seduta o per un lungo periodo di tempo; oppure possono essere contrassegnati ogni qual volta si presentino in palese reazione a ciò che viene detto. Per esempio, quando un cliente passa da una posizione rilassata ad una in cui si protende in avanti quando gli viene rivolta direttamente una domanda, viene contrassegnato l'item "Il cliente si inclina in avanti" (Coinvolgimento positivo). Un altro esempio: ogni volta che un cliente evita il contatto visivo dopo essere stato direttamente interpellato dal terapeuta, viene contrassegnato l'item (Connessione Emotiva negativa).

Alcuni items richiedono inferenze, ma le inferenze richiedono solamente un buon senso sociale piuttosto che sofisticatezza clinica. Consideriamo, per esempio, l'item "Il cliente esprime implicitamente o esplicitamente che la terapia è un luogo sicuro". La definizione operazionalizzata dell'item è:

Il cliente potrebbe non necessariamente usare la parola "sicuro", ma il significato delle sue parole è che si sente al sicuro. Questo item richiede alcuni tipi di indicatori verbali; gli indicatori non verbali *non* sono sufficienti per contrassegnare questo item. Esempi impliciti si hanno quando qualcuno ammette di aver atteso la seduta di terapia per discutere qualcosa in particolare con un membro della famiglia, o dice qualcosa come, "Piangere qui va bene" o "Non pensavo avrei avuto il coraggio di dirtelo, ma..." o "Sono contento che alla fine ce l'abbiamo fatta, qui". Il punto è che il cliente dia l'idea di considerare l'ambiente terapeutico come un luogo sicuro, non solo come un posto dove risolvere i problemi. A volte gli indicatori potrebbero essere abbastanza sfumati, come "Non so bene come dirlo, ma mi butto", o "Spero che voi [altri membri della famiglia] non ve la prendiate se dico questo, ma..."

Il secondo passo del processo di valutazione prevede di passare dai contrassegni degli items comportamentali ai punteggi globali del Coinvolgimento, della Connessione Emotiva, della Sicurezza e del Senso di uno Scopo Condiviso del cliente (o dei contributi del terapeuta all'alleanza per ciascuna di queste dimensioni). Dopo aver osservato la seduta, il giudice considera il contesto, la frequenza e l'importanza dei comportamenti contrassegnati per dare alla dimensione un punteggio globale che varia da -3 (*molto problematico*) a +3 (*molto forte*) su una scala ordinale dove lo 0 corrisponde a *non classificabile o neutrale*. Nella versione del cliente, ciascun membro della famiglia è valutato su Coinvolgimento, Connessione Emotiva, e Sicurezza; la famiglia intera è valutata sul Senso di uno Scopo Condiviso. Le linee guida per l'attribuzione del punteggio (Appendice A) richiedono che il giudice inizi con il membro della famiglia che sembra essere il meno coinvolto, connesso o "sicuro", proseguendo con il successivo

membro della famiglia meno coinvolto, connesso o sicuro e così via. Questo metodo facilita il processo d'attribuzione di punteggio ed è importante perché, invariabilmente, un punteggio dato a un membro della famiglia influenza il punteggio dato agli altri membri della famiglia.

In sintesi, un punteggio di 0 è dato o quando non è stato contrassegnato alcun item positivo o negativo ovvero quando la frequenza o la natura degli items positivi e negativi li fa annullare a vicenda. Allora un punteggio di 0 suggerisce che l'alleanza non è né particolarmente positiva, né particolarmente negativa. Quando ci sono solo comportamenti positivi il punteggio deve essere +1, +2 o +3. Allo stesso modo, quando ci sono solo comportamenti negativi, il punteggio deve essere -1, -2 o -3. Entra in gioco la soggettività quando si considera il contesto, il contenuto e il significato dei comportamenti osservati e il punteggio richiede un'inferenza maggiore quando i comportamenti del cliente (o del terapeuta) in una seduta sono sia positivi che negativi. In questi casi il punteggio deve essere di -1, 0, o +1 (si noti che le scale ordinali come questa non implicano un'equivalenza rigida fra i punti).

Nell'arrivare al punteggio globale, il contenuto deve essere considerato nel contesto. Una richiesta di compromesso (comportamento correlato al Senso di uno Scopo Condiviso) ha un differente significato se il compromesso è direttamente correlato al problema in discussione o è più periferico rispetto alle preoccupazioni principali della famiglia. Per una coppia che ha passato molte sedute a litigare sulla suddivisione dei lavori, un compromesso sul fare la lavatrice potrebbe essere significativo al pari del compromesso di un'altra coppia su quando iniziare a costruire una famiglia.

Consideriamo, per esempio, una delle vignette nel software del training. Un ragazzo è quasi in posizione fetale, con tutta la testa e la parte superiore del corpo nascoste alla vista degli altri. È riluttante a rispondere sia al terapeuta sia alla nonna, che gli sta parlando amorevolmente e con dolcezza. A un certo punto, comunque, il ragazzo rivela qualcosa di doloroso: "Mio padre mi ha picchiato". Pochi minuti dopo inizia a piangere. In questa vignetta (role-play) di 2 minuti, i comportamenti di Sicurezza negativa sono (a) la postura estremamente difensiva del ragazzo e (b) la sua riluttanza a rispondere quando viene interpellato direttamente dalla nonna. Gli indicatori positivi di Sicurezza sono dati dall'espressione di vulnerabilità (cioè, rivelare qualcosa di doloroso o piangere). Dal momento che un comportamento molto negativo ha maggior peso di uno positivo, il punteggio corretto è di -1. Se il ragazzo non avesse pianto o non avesse parlato dell'abuso (cioè, in assenza di un comportamento di Sicurezza positiva), il punteggio dovrebbe essere -3 e sarebbe basato solamente sul suo comportamento non verbale. Se, invece, fosse stato restio a rispondere, ma non si fosse seduto in un modo così difensivo, il punteggio sarebbe dovuto essere di +1, data la natura sensibile della sua rivelazione. Se avesse pianto, menzionato l'abuso, ma non fosse stato sulla difensiva o riluttante (cioè, solo manifestando comportamenti di Sicurezza positiva), il punteggio doveva essere di +3.

Usare l'e-SOFTA

La versione software del SOFTA-o (e-SOFTA) consente, attraverso la segmentazione delle sedute in sequenze temporali, un'analisi dettagliata dell'alleanza terapeutica nelle sedute congiunte di terapia di coppia e familiare. L'e-SOFTA facilita l'addestramento agli strumenti di misurazione dei clinici e dei ricercatori permettendo un confronto diretto del lavoro di due giudici. Vale a dire che la caratteristica specifica di un programma computerizzato è la possibilità di confrontare direttamente le impressioni qualitative e i punteggi di due diversi osservatori su una stessa seduta.

L'e-SOFTA può essere ordinato gratuitamente (come CD-ROM) o scaricato all'indirizzo <http://softa-soatif.net>. Il Software include 16 brevi vignette d'addestramento (8 clienti e 8 terapeuti) in inglese e 16 in spagnolo. Queste sedute simulate dagli attori illustrano vari indicatori comportamentali di contributi alti o bassi al Coinvolgimento, alla Connessione Emotiva, alla Sicurezza e al Senso di uno Scopo Condiviso da parte del cliente o del terapeuta. Dopo l'addestramento con queste sedute campione, il giudice può caricare i propri video nel programma per l'attribuzione del punteggio. In altre parole, l'e-SOFTA è utile per la pratica, la supervisione e la ricerca dal momento che i giudici possono (a) imparare l'utilizzo del SOFTA-o attribuendo il punteggio a una serie di brevi vignette di addestramento e confrontando i punteggi con quelli corretti, e poi (b) caricare i propri video nel programma per le proprie valutazioni.

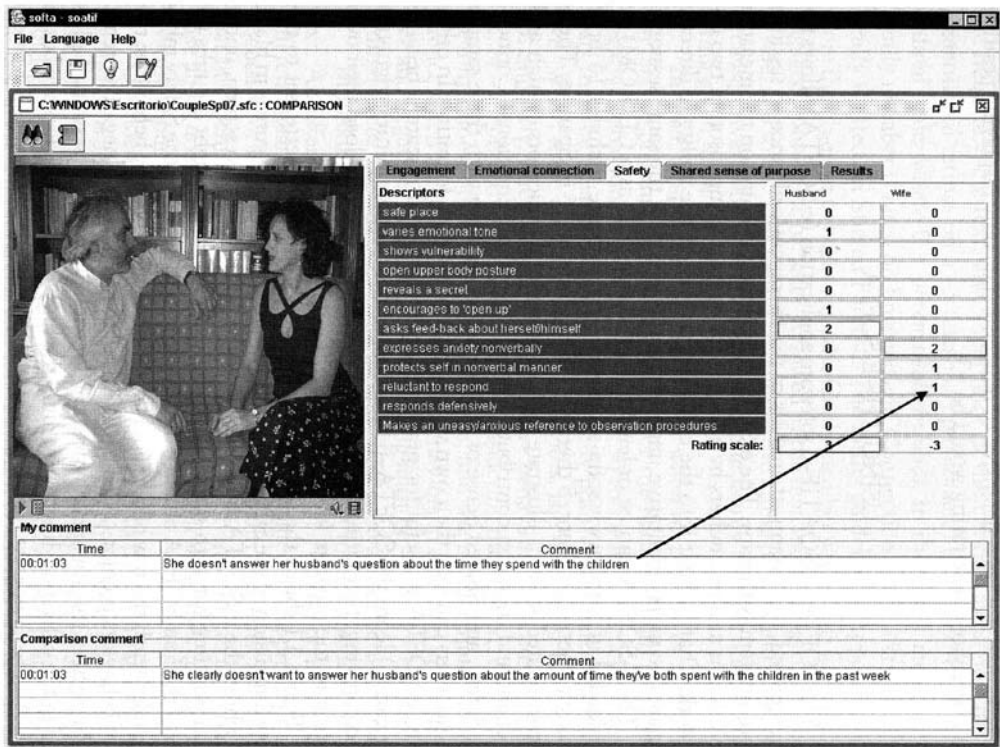
La Figura 3.1 mostra la schermata di una vignetta di training sulla dimensione Sicurezza del SOFTA-o. (Si tenga presente che anche se la figura è in bianco e nero, l'e-SOFTA è a colori). A sinistra c'è il video, sotto il quale c'è una barra temporale con i pulsanti *start* e *stop*. In alto a destra ci sono i menu delle quattro dimensioni SOFTA dell'alleanza. In questa schermata, il menu della Sicurezza appare selezionato (in bianco). Sotto i menu delle quattro dimensioni c'è l'elenco dei comportamenti riguardanti la sicurezza (espressi in forma abbreviata); in questo elenco gli item positivi e quelli negativi sono differenziati da due diversi colori; A destra dell'elenco vi sono tante colonne quanti sono i clienti in seduta. I numeri indicano la frequenza con cui è stato messo in atto il comportamento corrispondente del SOFTA-o. In fondo alla colonna è indicato il punteggio globale di Sicurezza.

Quando il giudice clicca sull'item comportamentale (ad esempio, *è riluttante a rispondere* nella colonna della moglie), compare l'indicazione temporale di quando il comportamento è stato osservato. Se un giudice è incerto sul contrassegnare o meno un dato comportamento, cliccando sull'item una piccola finestra mostra la definizione operazionalizzata dell'item. Gli utenti possono anche cliccare sul menu Aiuto per leggere le definizioni operative di tutti gli items tratte dal manuale di training.

La schermata nella Figura 3.1 rappresenta una "Soluzione" (vedi l'iconcina con il binocolo in alto a sinistra), che il giudice clicca dopo aver finito di valutare la vignetta di training. Il programma confronta automaticamente i punteggi del giudice con quelli corretti di riferimento. Alcuni punteggi vengono iscritti in rettangoli verdi. Il rettangolo verde significa che il punteggio (compreso lo 0) è corretto. Il rettangolo rosso indica invece che il punteggio è errato. Vale a dire, il rettangolo rosso appare se (a) l'utente ha cliccato un comportamento che il cliente non ha effettivamente mostrato nella vignetta, oppure (b) l'utente non ha cliccato su un comportamento che il cliente ha, invece,

assunto. In quest'ultimo caso l'utente può cliccare sul rettangolo rosso. Il programma mostra in automatico il momento (in termini di minuti e secondi) in cui il comportamento è stato messo in atto. Poi un semplice click sull'indicatore del tempo riporterà il video all'esatto momento della sequenza interattiva del comportamento rilevato. Cliccando su ogni item, il giudice può immediatamente rivedere quanto osservato (ovvero passare da "1" [*presente*] a "0" [*non presente*] o da "1" a "2" etc.).

Figura 3.1. Videata e-SOFTA con un vignetta di training. e-SOFTA = Sistema di Osservazione delle Alleanze in Terapia Familiare e di Coppia, versione software.



Mentre osserva il video, il giudice può mettere in pausa in qualsiasi momento e riportare (nello spazio apposito in basso nello schermo) impressioni qualitative di comportamenti specifici, dell'intera seduta o qualsiasi cosa ritenga interessante.

In questa vignetta di training, per esempio, il giudice ha scritto riguardo l'item *riluttante a rispondere*: "Non vuole rispondere alla domanda del marito sul tempo che dedicano ai figli". Il commento della "Soluzione" (*Comparison Comment* nel programma computerizzato), che spiega perché l'item *riluttante a rispondere* è contrassegnato in questo preciso momento della seduta, è quasi identico: "Chiaramente non vuole rispondere alla domanda del marito su quanto tempo i due hanno passato insieme ai figli la settimana scorsa".

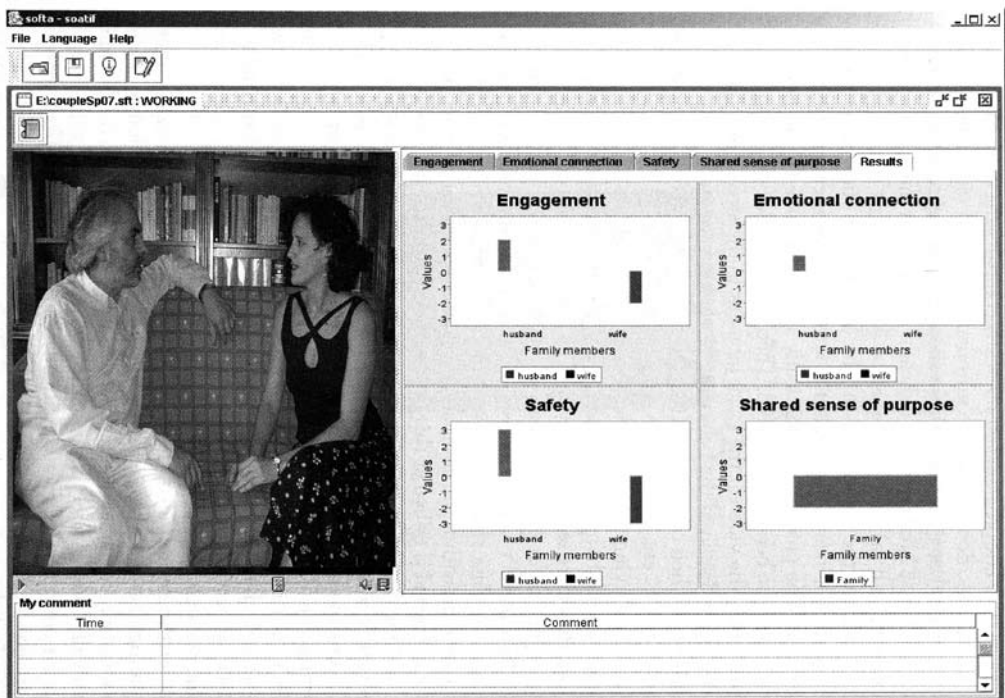
Confrontare i propri commenti con quelli della Soluzione è utile per imparare il SOFTA-o (cioè utilizzare le 16 vignette di addestramento) come lo è lavorare con i pro-

pri video. Quando le registrazioni di un utente vengono valutate, i due spazi appositi sotto il video permettono commenti che possono essere fatti da due giudici indipendenti - supervisore e supervisionato, per esempio, oppure due giudici che lavorano ai dati di una stessa ricerca.

Dopo che l'intero video è stato osservato e valutato, il giudice formula il punteggio globale (su una scala che varia da -3 a +3) in fondo a ciascuna colonna seguendo le linee guida del software. Dopo che il giudice ha inserito i punteggi, il programma automaticamente controlla la concordanza con le linee guida del SOFTA-o. Se c'è un errore compare in automatico un messaggio, del tipo: "Se sono stati contrassegnati *solo items positivi*, il punteggio *deve* essere superiore a 0". Questo messaggio potrebbe comparire se il giudice ha contrassegnato un item positivo, ma poi il punteggio Sicurezza è 0.

L'e-SOFTA restituisce profili in forma di grafici a partire dai punteggi dimensionali dei membri della famiglia e del terapeuta. (Un esempio è mostrato alla Figura 3.2). In aggiunta, viene creato un file con gli indicatori comportamentali e le impressioni qualitative, ordinate cronologicamente. È possibile accedere a questo file cliccando sull'icona pagamena nell'angolo sinistro sopra lo schermo del video.

Figura 3.2. Videata di un profilo d'alleanza in una vignetta di Training dell'e-SOFTA. e-SOFTA = Sistema di Osservazione delle Alleanze in Terapia Familiare e di Coppia nella versione software.



Quando valutano i propri video, i giudici devono spostarsi avanti e indietro fra le quattro dimensioni SOFTA per osservare i comportamenti (Ciascuna vignetta di

training prende in considerazione una singola dimensione). Prima di iniziare, il giudice deve scegliere se valutare il terapeuta o i membri della famiglia, poiché gli items comportamentali sono differenti. In altre parole, un giudice può prima valutare i comportamenti dei clienti su tutte e quattro le dimensioni, poi i contributi del terapeuta o viceversa.

I punteggi di un giudice possono essere salvati per essere guardati successivamente o per essere confrontati con i punteggi di un altro giudice. Per scopi di ricerca, una seduta di terapia può prima essere valutata dall'esperto nel SOFTA-o. Poi il ricercatore da addestrare può valutare la stessa seduta, utilizzando gli oggetti segnalati sulla sequenza temporale e i commenti qualitativi dell'addestratore (a mo' di Soluzione) per comprendere le differenze fra i risultati ottenuti da se stesso e quelli del docente. Nel contesto di una supervisione, un supervisionato può valutare le sue sedute dopo (o prima) che il supervisore lo abbia fatto indipendentemente.

Training per i giudici del SOFTA-o

L'addestramento è essenziale per un uso accurato del SOFTA-o. Naturalmente, i metodi d'insegnamento differiscono a seconda che si tratti della versione carta-e-matita o di quella e-SOFTA. Alcuni aspetti sono, comunque, comuni a entrambe le procedure di training. In questo paragrafo descriveremo gli aspetti comuni e quelli differenti, che a loro volta dipendono dal fatto che i giudici stiano imparando l'utilizzo dello strumento a scopo di ricerca o come parte della loro formazione nella terapia di coppia o della famiglia.

A prescindere dallo scopo del giudice, il primo compito è quello di acquisire una buona comprensione del modello SOFTA. Prima del passo successivo, tutti i giudici dovrebbero avere una conoscenza estesa del modello. Con questo intendiamo le basi concettuali (es., similitudini e differenze tra l'alleanza in terapia individuale e congiunta; v. Capitolo 1), le dimensioni SOFTA, i loro rispettivi indicatori comportamentali, le definizioni operazionalizzate e le evidenze della ricerca (riassunte nel paragrafo seguente). I casi descritti in questo libro sono d'insegnamento per applicare il SOFTA alle situazioni cliniche; un'attenta lettura dei Capitoli dal 4 all'8, che approfondiscono le quattro dimensioni, è essenziale per un'estesa comprensione del modello. È utile effettuare discussioni di gruppo con il trainer (docente del corso, supervisore o ricercatore) per chiarire eventuali domande o dubbi sulla procedura di attribuzione del punteggio. Se l'addestramento al SOFTA è esclusivamente per scopi formativi, si possono usare simulate con alti e bassi livelli di Coinvolgimento, Connessione Emotiva, Sicurezza e Senso di uno Scopo Condiviso per trasportare il modello "nella vita".

Il secondo compito è quello di imparare quali comportamenti sono collegati a ciascuna dimensione dell'alleanza. Sebbene non sia necessario memorizzare gli indicatori comportamentali, il giudice dovrebbe avere una certa familiarità con essi per ricordarsi rapidamente la dimensione alla quale il comportamento appartiene. Quando il SOFTA-o viene usato per la ricerca, le discussioni di gruppo con il trainer dovrebbero concentrarsi sulle definizioni operazionalizzate di ciascun comportamento e sulle loro

caratteristiche distintive; cosa deve considerarsi un “comportamento difensivo” o cosa no (Sicurezza); quando valutare comportamenti non verbali (Connessione Emotiva, Sicurezza, Senso di uno Scopo Condiviso); la distinzione fra un “obiettivo” e “un cambiamento positivo” (Coinvolgimento), e così via. Tale discussione può essere di grande aiuto anche in supervisione.

Quando i giudici hanno una buona conoscenza pratica degli items comportamentali e delle dimensioni, il passo successivo è di lavorare con le vignette d'addestramento che sono una parte dell'e-SOFTA o che si possono scaricare separatamente all'indirizzo <http://www.softa-soatif.net>. Come menzionato precedentemente, queste vignette sono illustrazioni molto brevi con molti comportamenti sia positivi che negativi di ogni dimensione. Il giudice dovrebbe valutare ciascuna vignetta e poi confrontare i punteggi da lui assegnati con quelli della “Soluzione” e con i punteggi degli altri colleghi del gruppo di training. Se viene usato l'e-SOFTA, gli utenti dovrebbero usare i marcatori temporali per riportare il video ai momenti precisi in cui sono stati fatti gli errori. Si dovrebbe consultare il manuale di training ogniqualvolta i risultati dei giudici non sono concordi fra loro o con la “Soluzione” dell'addestramento.

Nella nostra esperienza, l'attribuzione del punteggio alle vignette d'addestramento è semplice dal momento che i giudici devono concentrarsi su una sola dimensione alla volta. Quando i risultati concordano con le “soluzioni” dell'addestramento, il giudice in via di formazione che segue il SOFTA-o può procedere a valutare le sue registrazioni per scopi clinici.

Training per la ricerca

Quando il SOFTA-o viene utilizzato per la ricerca, è essenziale una buona *inter-rater reliability* (attendibilità inter-giudici). Per raggiungere questo obiettivo, il passo successivo è selezionare da 6 a 12 registrazioni cliniche rappresentative dei dati della ricerca. Queste registrazioni di addestramento dovrebbero avere pochi clienti e una buona qualità audiovisiva. Se possibile, sarebbe meglio selezionare sedute che riportano esempi chiaramente positivi o negativi di comportamenti correlati all'alleanza. In altre parole, la nostra raccomandazione è di iniziare con un materiale facile, aumentando gradualmente il livello di difficoltà man mano che i giudici si trovano più a loro agio con il sistema.

Durante la fase di training, raccomandiamo di lavorare con una sola dimensione alla volta. Si può usare un VHS o un DVD o si possono caricare i video direttamente sul e-SOFTA. È preferibile che all'inizio i giudici lavorino insieme sui primi due video, condividendo le loro impressioni e decidendo insieme il punteggio. Il passo successivo consiste nell'iniziare ad assegnare contemporaneamente i punteggi delle quattro dimensioni. Dopo essersi esercitati insieme su qualche altra registrazione, i giudici dovrebbero lavorare in maniera indipendente, confrontandosi spesso sui risultati. Durante l'addestramento (e durante l'effettiva valutazione delle registrazioni di ricerca), è essenziale che i giudici osservino le stesse sedute indipendentemente e poi s'incontrino (almeno una volta a settimana, preferibilmente) per confrontare i risultati e negoziare un consenso nel caso in cui i punteggi siano differenti.

Durante questi incontri, i giudici dovrebbero confrontare passo passo i contrassegni comportamentali e i punteggi globali della dimensione. Solitamente, assegniamo un'affidabilità statisticamente valida quando i punteggi dimensionali non differiscono oltre un singolo punto della scala almeno per il 90% delle valutazioni. L'affidabilità viene valutata separatamente per ciascuna dimensione SOFTA. Dal momento che l'affidabilità è più accurata quando si valuta un insieme numeroso di dati, sono necessarie almeno 5 sedute di terapia per valutare l'affidabilità del SOFTA-o nella versione del cliente (cioè un minimo di 10 clienti). Sono necessarie almeno 10 sedute di pratica per valutare le misurazioni sul terapeuta. Per alleggerire il carico e aumentare il campione, si possono utilizzare sedute divise a metà nell'attribuzione dell'affidabilità (cioè, 10 mezze sedute per la versione del cliente, 20 mezze sedute per la versione del terapeuta). L'affidabilità va anche valutata sui dati effettivi della ricerca.

Non è indispensabile che i giudici abbiano esperienza clinica per usare lo strumento. Infatti la maggior parte della nostra ricerca sul SOFTA-o è stata condotta con studenti universitari, alcuni dei quali non avevano la minima esperienza clinica. La consapevolezza, l'attenzione ai dettagli e buone abilità interpersonali sono qualità necessarie ai giudici. Quando possibile, è importante utilizzare giudici di entrambi i sessi, dal momento che donne e uomini tendono a cogliere il comportamento sociale in modo differente. Nella nostra esperienza una buona affidabilità può essere raggiunta dopo 10-15 sedute di addestramento, distribuite in 4-5 settimane.

Durante l'addestramento, a volte capita che un giudice abbia risultati notevolmente differenti da quelli degli altri. Nella nostra esperienza, l'affidabilità individuale può facilmente essere controllata omettendo i punteggi del singolo nelle analisi di correlazioni infra classi e riconteggiando i valori di affidabilità (basandosi su almeno altri due giudici): quando i punteggi di un individuo sui video di addestramento riducono l'affidabilità del gruppo di .10 o più, è necessario un training correttivo. Se, anche dopo aver analizzato le basi della continua discrepanza, i punteggi di questo individuo continuano a non migliorare, non dovrebbe partecipare alle indagini di ricerca vere e proprie.

Dovrebbero essere impiegati almeno due giudici, meglio se più di due. Nella nostra lunga raccolta di dati, che comprende molti anni, abbiamo avuto numerosi team di giudici che si sono succeduti. Tutti i giudici devono dimostrare una buona affidabilità con le 5-10 videoregistrazioni di pratica e con i sottocampioni delle registrazioni di ricerca, prima di procedere. Tendiamo a basare le valutazioni nell'analisi dei dati su valutazioni unanimi, dal momento che negoziare un accordo settimanalmente evita che i giudici assumano, col tempo, posizioni troppo lontane. In passato abbiamo anche calcolato i punteggi medi, quando i risultati in addestramento non si mostravano discordanti oltre un punto, nella maggior parte dei casi.

Durante l'addestramento, l'analisi dell'affidabilità potrebbe mostrare che qualche giudice abbia più difficoltà con una dimensione rispetto alle altre. Nella nostra esperienza, le due dimensioni correlate affettivamente, la Connessione Emotiva e la Sicurezza, tendono a creare in un certo senso le difficoltà maggiori. L'affidabilità può essere influenzata dal materiale clinico o dalla frequenza con cui i giudici s'incontrano per confrontare e negoziare i loro risultati. Tenere incontri frequenti e regolari nel periodo d'addestramento e di valutazione dei dati è dunque di importanza cruciale.

Training per l'addestramento clinico e la supervisione

Al di là dell'utilità del SOFTA-o per la ricerca, l'addestramento con questo strumento di misurazione può sensibilizzare efficientemente i terapeuti alle prime armi alla complessità dell'alleanza nella terapia di coppia e familiare. Gli studenti possono imparare ad usare il SOFTA-o, sia nella versione del cliente che del terapeuta, come un modo per riconoscere le manifestazioni comportamentali di Coinvolgimento nel Processo Terapeutico, Connessione Emotiva con il terapeuta, Sicurezza all'interno del Sistema Terapeutico e il Senso di uno Scopo Condiviso all'interno della famiglia. Gli studenti possono usare la versione carta-e-matita o quella elettronica per valutare le proprie sedute videoregistrate o quelle dei terapeuti "master" (cioè, quegli esempi che i didatti usano spesso per mostrare le tecniche terapeutiche delle diverse scuole di terapia di coppia e familiare).

Sebbene imparare le definizioni operative degli items del SOFTA-o in un contesto di addestramento non sia così essenziale quanto in un contesto di ricerca, una discussione sulle sfumature degli items può essere utile per la pratica clinica. Consideriamo l'item negativo del terapeuta nella dimensione del Coinvolgimento: "Il terapeuta definisce gli obiettivi terapeutici o impone i compiti o le procedure senza chiedere la collaborazione ai clienti". La definizione operazionalizzata di questo item nel manuale di training è:

Questo item va contrassegnato se *non* c'è una domanda diretta da parte del terapeuta per avere un input del cliente. L'essenza di questo item è che, nel dare istruzioni per un compito a casa, per la messa in atto di un'interazione in seduta o per altri interventi del trattamento, il terapeuta impone la sua volontà senza considerare l'opinione o il benessere del cliente. Questo item va contrassegnato quando il terapeuta non spiega le sue ragioni, non chiede ai clienti se hanno capito e non usa un tono di voce interlocutorio. Esempio: "La prossima seduta vi vedrò separatamente. Voglio che uno di voi venga di mattina e l'altro di pomeriggio" implica che l'item sia segnato, invece "La prossima seduta, posso vedervi separatamente?" implica che *non* sia contrassegnato. Altri esempi: "Bene, dopo essermi consultato con l'équipe, questo è il compito della settimana: andare a prendere John tutti i giorni a lavoro e dopo..."; "Nel tempo che ci rimane di questa seduta risponderete a turno alle mie domande e senza parlare tra di voi". Una precauzione importante da ricordare: non chiedere una collaborazione potrebbe basarsi su un accordo precedente con i clienti, che permetta al terapeuta di imporre compiti e procedure a sua discrezione. In questi casi, l'item *non* dovrebbe essere contrassegnato. Vale a dire, talvolta, un precedente colloquio o qualcosa stabilito prima in seduta (o in una seduta precedente) ha dato il permesso al terapeuta di proporre direttive o istruzioni senza consultare i clienti. A titolo di esempio, un terapeuta alle prese con una coppia altamente conflittuale e problematica, si accorda con i due che nel caso il livello di conflittualità dovesse apparire insostenibile per il terapeuta, li incontrerà individualmente. Perciò, quando nella seduta seguente il terapeuta informa i clienti che li vedrà separatamente, non c'è bisogno di consultarli perché c'è un accordo

preesistente in tal senso.

Essenzialmente, questo descrittore si riferisce a momenti o episodi nei quali il terapeuta riferisce gli obiettivi della terapia in modo unilaterale o estremamente direttivo (quasi aggressivo). Ad esempio, un terapeuta alle prese con un adolescente e i suoi genitori dice: “Quello che vogliamo ottenere in terapia è di accrescere la vostra competenza a guidarlo [il ragazzo] nelle sue attività di studio, per non farlo bocciare a scuola.” In questo caso, il terapeuta asserisce l’obiettivo del trattamento senza chiedere l’opinione o la conferma da parte dei clienti. Quando, invece, il terapeuta ha già negoziato attivamente gli obiettivi della terapia con i clienti e alla fine fa una sintesi degli accordi raggiunti, questo item *non* va contrassegnato, come in “Ok, capisco che voi tutti volete che questa terapia elimini i conflitti in corso sull’educazione [del cliente]”.

Come mostra questo lungo esempio, ci siamo impegnati ad essere il più possibile dettagliati e precisi nella descrizione dei comportamenti quando abbiamo composto le definizioni operazionalizzate. Così facendo, oltre a massimizzare l’*inter-rater reliability* per la ricerca, il SOFTA-o fornisce un linguaggio comune per i terapeuti, gli studenti in formazione e i supervisori.

Affidabilità e validità

In questo paragrafo riassumiamo il supporto psicometrico per il SOFTA-o e il SOFTA-s nella ricerca allo stato attuale.

Affidabilità

SOFTA-o

Come precedentemente spiegato, è importante che i giudici imparino le definizioni operazionalizzate degli items e delle dimensioni e vi facciano riferimento per eventuali chiarimenti durante il processo di valutazione. Per avere il massimo dei risultati, i giudici dovrebbero osservare le stesse sedute e incontrarsi almeno settimanalmente per negoziare i risultati, al fine di ridurre al minimo “la deriva dell’osservatore”. Se si segue questa procedura, anche giudici inesperti dal punto di vista clinico possono ottenere un’*inter-rater reliability* da media ad alta. In tre test di affidabilità in queste condizioni (sia spagnoli che inglesi) le correlazioni interclassi variavano da 0,72 a 0,95 sul SOFTA-o.

SOFTA-s

L’affidabilità a livello di coerenza interna (*internal consistency reliability*) della versione SOFTA-s a 16 item è $\alpha=0,87$ (cliente; inglese) e 0,95 (terapeuta, inglese), $\alpha=0,83$ (cliente, spagnolo) e 0,84 (terapeuta, spagnolo). L’affidabilità sul Coinvolgimento,

Connessione Emotiva e Senso di uno Scopo Condiviso variano da 0,62 (cliente, inglese), a 0,88 (terapeuta, inglese), da 0,52 (cliente, spagnolo) a 0,82 (terapeuta, spagnolo; Friedlander, Escudero, Haar, & Higham, 2005). Sebbene alcuni di questi valori non siano alti, le affidabilità sono adeguate per sottoscale con solo 4 items e la ricerca supporta la validità concorrente e predittiva delle sottoscale, come descritto nel paragrafo seguente.

Validità

Face Validity

Il SOFTA-o è stato sviluppato induttivamente ed empiricamente, come descritto nel Capitolo 2. Come parte di tale processo, abbiamo condotto test di *face validity* con ricercatori in terapia familiare madrelingua inglesi e spagnoli. In particolare abbiamo chiesto a questi esperti di raggruppare un vasto insieme di items in quattro cluster operazionalizzati (cioè Coinvolgimento, Connessione Emotiva, Sicurezza, Senso di uno Scopo Condiviso) e di aggiungere eventuali items correlati all'alleanza che venissero loro in mente. Questo compito di raggruppamento veniva fatto separatamente per la versione cliente e terapeuta del SOFTA-o. Sulla base dei risultati dei raggruppamenti sono state, poi, compiute aggiunte, eliminazioni e modifiche.

Validità con gruppi noti

Per determinare se i comportamenti SOFTA-o all'interno di ciascuna dimensione fossero clinicamente significativi e capaci di discriminare tra alleanze forti e deboli, abbiamo condotto 2 tests di *Validità con gruppi noti* (*Known-group validity*, Suen, 1988), uno negli Stati Uniti e uno in Spagna (Friedlander, Escudero, et al., 2006). Per ciascun esperimento, sono state filmate otto brevi vignette terapeutiche sotto forma di role-play. Le vignette sono state costruite per descrivere alti e bassi livelli di Coinvolgimento, Connessione Emotiva, Sicurezza e Senso di uno Scopo Condiviso. Ciascuna vignetta aveva vari comportamenti (da tre a cinque) della versione SOFTA-o del cliente. A titolo d'esempio, una vignetta ritraeva una famiglia il cui comportamento rifletteva un valido Senso di uno Scopo Condiviso (con proposte di compromessi, momenti scherzosi o umoristici e convalide reciproche dei punti di vista), mentre un'altra ritraeva una famiglia con comportamenti indicativi di un Senso di uno Scopo Condiviso negativo (con commenti ostili e sarcastici, discussioni sulla necessità della terapia ed evitamento del contatto visivo). I partecipanti - studenti universitari dei corsi di terapia familiare - osservavano le vignette (ordinate a caso) e valutavano entrambe le famiglie su quattro scale di differenziale semantico a sette punti che riflettessero la definizione concettuale del Senso di uno Scopo Condiviso (cioè, *collaborativa* contro *ostile*, *divisa* contro *unita*, *disponibile a negoziare* contro *indisponibile a negoziare*, e *colpevolizzanti* contro *accoglienti*). Anche le scale di differenziale semantico per le altre tre dimensioni SOFTA sono state derivate dalle loro rispettive definizioni (Appendice A).

Il confronto statisticamente significativo dei punteggi dei partecipanti su questi “gruppi noti” (cioè, le vignette con gli esempi di alleanza elevata *contro* scarsa) ha supportato la validità di costruito per ciascuna delle dimensioni SOFTA-o (con tutte p inferiori a 0,0001). Inoltre, i risultati coerenti fra gli esperimenti inglese e spagnolo (che utilizzavano attori, problematiche e comportamenti SOFTA-o differenti) indicano che la misurazione riflette accuratamente i comportamenti clinicamente significativi correlati all'alleanza (Friedlander et al., 2003; Friedlander, Escudero, Horvath, et al., 2006).

Validità fattoriale

Usando cinque serie di dati su diverse coppie e famiglie negli Stati Uniti, Spagna e Canada, abbiamo condotto un'analisi fattoriale esplorativa per identificare possibili fattori di ordine superiore nella versione SOFTA-o per il cliente. Per evitare la ridondanza, abbiamo selezionato a caso un cliente per ciascuna di 120 famiglie. Nell'analisi fattoriale sono entrati i punteggi globali del cliente sul Coinvolgimento, la Connessione Emotiva, la Sicurezza e lo Scopo Condiviso. I risultati hanno indicato un singolo fattore capace di spiegare circa metà della varianza, suggerendo che le quattro dimensioni SOFTA rappresentano aspetti diversi di un singolo costruito (vale a dire, l'alleanza terapeutica).

Con questi risultati, è ragionevole interrogarsi sull'utilità di concettualizzare l'alleanza usando quattro dimensioni. Da una prospettiva metodologica, comunque, le intercorrelazioni fra le dimensioni erano variabili, passando da un valore minimo di 0,18 (Sicurezza e Scopo Condiviso) a un massimo di 0,75 (Coinvolgimento e Connessione Emotiva) e, come andremo a dimostrare nel corso dell'intero volume, le quattro dimensioni sono costrutti utili per la pratica.

Validità concorrente

La *Validità concorrente* è supportata in quattro modi (Friedlander, Escudero, Haar, & Higham, 2005; Friedlander, Escudero, Horvath, et al., 2006):

1. Sono state trovate associazioni significative fra alcune scale osservazionali e self-report. Per esempio, i comportamenti correlati alla Connessione Emotiva e allo Scopo Condiviso (valutati al SOFTA-o) in sesta seduta erano significativamente associati con le percezioni self-report sul Senso di uno Scopo Condiviso (SOFTA-s) raccolte immediatamente dopo la seduta. Questi risultati supportano l'assunto di base che i comportamenti collegati all'alleanza nel SOFTA-o riflettano i pensieri e i sentimenti dei clienti verso l'alleanza con il terapeuta.
2. È stata trovata un'associazione significativa tra i punteggi dello Scopo Condiviso nelle versioni SOFTA-s del cliente e del terapeuta dopo la sesta seduta.
3. Sono state trovate associazioni significative fra alcuni punteggi SOFTA-o e SOFTA-s e (a) il Penn Helping Alliance Questionnaire di Luborsky et al. (1983); (b) il Working Alliance Inventory-Coppie di Symonds e Horvath (2004), (Horvath, Friedlander, Symonds, & Gruter-Andrews, 2003).

4. Se i singoli membri della famiglia venivano intervistati individualmente sull'alleanza al termine delle sedute, i temi qualitativi di queste interviste erano coerenti con i loro punteggi SOFTA-o, e i punteggi SOFTA-o delle famiglie nello Scopo Condiviso erano coerenti con le autovalutazioni delle alleanze intra-sistema da parte dei clienti, secondo la Family Therapy Alliance Scale-Revised di Pinosof (1999), (M.Beck et al., 2006).

Validità predittiva

La validità predittiva è supportata in quattro modi (Friedlander, Escudero, Haar & Higham, 2005; Friedlander, Escudero, Horvath, et al., 2006):

1. In due studi, uno in Canada e uno negli Stati Uniti, sono state trovate associazioni positive significative tra le misure SOFTA e i punteggi ottenuti immediatamente dopo le sedute sulla Session Evaluation Questionnaire di Stiles e Snow (1984). Per esempio, le coppie canadesi consideravano la terza seduta più profonda e significativa, quando presentavano un elevato Coinvolgimento osservato; gli uomini, in particolare, vedevano la seduta tanto più profonda quanto più alti erano i loro punteggi di Connessione Emotiva e Scopo Condiviso. Nello studio americano, la Sicurezza osservata dai membri della famiglia in sesta seduta era associata significativamente alle percezioni self-report della profondità e del valore della seduta sul Session Evaluation Questionnaire, e lo Scopo Condiviso era correlato al sentirsi maggiormente a proprio agio. Nello stesso studio, il Coinvolgimento valutato dal terapeuta (SOFTA-s) era associato alla percezione di una seduta più profonda e di maggior valore, e la Connessione Emotiva valutata dal terapeuta era associata alla percezione di una seduta scorrevole e più facile. Cosa ancor più interessante, il Coinvolgimento valutato dal cliente era associato positivamente alla profondità e al valore valutati dal terapeuta.
2. Sono state trovate associazioni significative positive tra i punteggi autovalutati dal terapeuta (SOFTA-s) in tutte e quattro le dimensioni dopo la sesta seduta e la "stima del miglioramento fino al momento attuale" sul Penn Helping Alliance Questionnaire (Luborsky et al., 1983).
3. Sono state trovate associazioni significative e importanti fra i punteggi SOFTA-o e le interazioni adolescente-terapeuta che riflettono il controllo relazionale a livello verbale. Per esempio, una simmetria competitiva più frequente (che riflette il conflitto) era associata a punteggi più bassi nella dimensione del Coinvolgimento da parte degli adolescenti, mentre una complementarietà più frequente (che riflette mutua comprensione) era associata a Coinvolgimento, Connessione Emotiva e Sicurezza più elevati da parte del cliente.
4. In quattro *case studies*, bassi punteggi SOFTA-o nelle dimensioni di Sicurezza e Scopo Condiviso, valutati all'inizio della terapia, sono stati osservati solo nelle due famiglie con minor successo (valutato dai terapeuti con la Goal Attainment Scaling di Kiresuk, Smith, & Cardillo's [1994]); le due famiglie con esito migliore avevano avuto punteggi notevolmente più favorevoli in tutte le dimensioni SOFTA-o all'inizio del trattamento (M.Beck et al., 2006).

Conclusioni

Abbiamo basato lo sviluppo del SOFTA-o sull'assunto, supportato da evidenze empiriche, che comportamenti osservabili nella terapia di coppia e familiare fossero associati positivamente o negativamente all'esperienza soggettiva dell'alleanza da parte dei partecipanti. Il nostro modello transteorico e multidimensionale dell'alleanza include due aspetti comuni alla terapia individuale e a quella congiunta (coinvolgimento, connessione con il terapeuta) e due aspetti peculiari del trattamento congiunto (Sicurezza in presenza di altri membri della famiglia, senso condiviso dello scopo all'interno della famiglia). Di conseguenza, i comportamenti del SOFTA-o includono sia interazioni fra sistemi che all'interno dei sistemi, ovvero interazioni fra ciascun membro della famiglia e il terapeuta (ad esempio, "Il cliente acconsente a fare compiti a casa"), interazioni fra membri della famiglia ("I membri della famiglia chiedono il punto di vista degli altri") e interazioni all'interno dell'intero sistema terapeutico - cioè terapeuta + famiglia ("I membri della famiglia provano ad allearsi con il terapeuta contro gli altri").

Utile per la pratica clinica e la supervisione, come anche per la ricerca, il manuale di training SOFTA-o e le illustrazioni video minimizzano il livello d'inferenza necessaria per una valutazione affidabile, fornendo così un linguaggio comune ai terapeuti e una base per confrontare i risultati fra diverse ricerche. Il Capitolo 15 fornisce specifiche raccomandazioni per l'utilizzo del SOFTA nel contesto della pratica e della ricerca. Sebbene, finora, la ricerca sull'alleanza nella terapia di coppia e familiare sia stata frammentata, il SOFTA-o e il SOFTA-s sono strumenti pratici, affidabili e validi con cui condurre studi in futuro sull'importanza dei processi e degli esiti nella terapia di coppia e familiare.



LE DIMENSIONI DEL SOFTA

COINVOLGIMENTO NEL PROCESSO TERAPEUTICO

Generalmente, le persone cercano di risolvere i problemi con modalità che riflettono la loro interpretazione idiosincratca degli stessi e fanno attribuzioni riguardo le cause dei loro problemi avendo un'idea preconcepita su come questi dovrebbero essere affrontati. La loro visione del mondo, inoltre, li aiuta a dare un senso alle soluzioni proposte. In effetti, la reazione di una persona ai problemi psicosociali riflette un insieme complesso d'influenze: educazione, cultura, esperienza nella risoluzione di problemi, tradizioni familiari e così via.

I clienti cercano un aiuto professionale quando credono che, nonostante tutti gli sforzi per risolvere le difficoltà, i problemi potrebbero anche peggiorare. Prima di prendere in considerazione la terapia, i clienti frequentemente cercano consiglio da amici, familiari, insegnanti, preti o persone di cui conoscono storie simili. Allora, quando i clienti arrivano dallo psicoterapeuta, si aspettano che gli venga restituita un'analisi del problema e gli strumenti per risolverlo ed attendono risposte che vanno al di là di quanto detto già dai non professionisti.

Nonostante questa aspettativa, la terapia non è una semplice applicazione di prescrizioni e il cliente non è un partecipante passivo. Proprio come la *compliance* al trattamento è essenziale per il successo della terapia farmacologica, in psicoterapia la collaborazione del paziente è indispensabile. Per essere parte attiva nel trattamento, il cliente deve per prima cosa coinvolgersi nel processo terapeutico.

Nel Sistema d'Osservazione delle Alleanze in Terapia Familiare (SOFTA) definiamo il *Coinvolgimento nel Processo Terapeutico* come segue:

Il cliente considera il trattamento significativo; sente di essere coinvolto nella terapia e di lavorare insieme al terapeuta; avverte che gli obiettivi e i compiti della terapia possono essere discussi e negoziati con il terapeuta; considera importante prendere sul serio il processo terapeutico e crede che il cambiamento sia possibile. (Friedlander, Escudero, Heatherington, Diehl, et al., p.5).

In base a tale definizione, vediamo il coinvolgimento come un fattore che riguarda la relazione tra i sistemi e che riflette due componenti della concettualizzazione

dell'alleanza di Bordin (1979): accordo con il terapeuta sugli obiettivi e sui compiti del trattamento. Il grado con cui un membro della famiglia vede il trattamento come significativo dipende dalla visione degli altri membri della famiglia in terapia. Per questa ragione il Coinvolgimento nel Processo Terapeutico è strettamente associato alla dimensione SOFTA dell'alleanza intra-sistema, Senso di uno Scopo Condiviso all'interno della Famiglia (v. Capitolo 7).

In questo capitolo, descriveremo la dimensione SOFTA del Coinvolgimento nel Processo Terapeutico e, in particolare, le prospettive teoriche del costrutto e alcune caratteristiche del cliente che possono ostacolare il coinvolgimento. Gli esempi clinici illustrano le tecniche e le strategie del terapeuta per accrescere il coinvolgimento in clienti resistenti.

Teoria e ricerca

Fra i numerosi fattori comuni che frequentemente portano al successo in terapia individuale, il coinvolgimento attivo del cliente nel trattamento è tra i più importanti (Wampold, 2001). Nella terapia congiunta, la partecipazione o il coinvolgimento del paziente è altrettanto essenziale, sebbene sia molto più difficile da ottenere. Quando un cliente volontariamente cerca un aiuto individuale, può scegliere cosa rivelare al terapeuta, cosa nascondere e la gradualità con cui muoversi in terapia. Se il terapeuta “non colpisce nel segno”, il cliente può scegliere di interrompere e di cercare aiuto altrove. Comunque, anche quando i membri della famiglia sono disponibili a cercare aiuto insieme - e non è sempre così - ciascun individuo ha meno “voce in capitolo” sugli obiettivi e le procedure del trattamento, e ancor meno su quello che gli altri possono rivelare di lui/lei. Non sorprende dunque che la collaborazione del cliente possa essere molto più difficile da ottenere e mantenere in un trattamento congiunto.

Resistenza vs Collaborazione

Nonostante alcuni o tutti i membri della famiglia vedano la terapia come un modo per ottenere un cambiamento, essi potrebbero percepire il processo terapeutico come una minaccia (alle loro relazioni o, più in generale, alla loro visione del mondo) piuttosto che come un'opportunità. Così il concetto di *resistenza* è stato centrale nella terapia sistemica familiare e le tecniche proposte da molte differenti scuole teoriche riflettono l'aspettativa che qualcuno della famiglia probabilmente mostrerà delle resistenze. Infatti nei modelli di trattamento più importanti degli anni '60 e '70, il concetto di *resistenza al cambiamento* era fondamentale. Nella terapia familiare strutturale (Minuchin, 1974; Minuchin & Fishman, 1981), ad esempio, si diceva che la resistenza della famiglia al cambiamento dei confini e delle gerarchie fosse un importante elemento da considerare nell'assessment e nell'intervento. In termini di tecnica, l'approccio paradossale del gruppo di Milano alla terapia (Selvini-Palazzoli et al., 1978) e gli interventi paradossali ispirati dall'ipnotista Milton Erickson e adottati dai terapeuti del Mental

Research Institute (Watzlawick, Weakland, & Fisch, 1974) e altri terapeuti strategici (Haley, 1973), hanno usato la resistenza del cliente al cambiamento come forza principale per determinare tale modalità di cambiamento.

Un concetto correlato è quello di *omeostasi* – l'idea che tutti i sistemi abbiano la tendenza a ritornare a uno status quo per proteggere le loro strutture, transazioni e relazioni (Watzlawick, Beavin, & Jackson, 1967). La tendenza verso la stabilità è stata usata per spiegare come mai, nonostante i problemi gravi - anche al punto da determinare interventi coatti - le famiglie spesso sembrano resistenti proprio verso quei cambiamenti che potrebbero giovare loro. Da questa prospettiva teorica, le difficoltà correlate al coinvolgimento (da parte di alcuni o tutti i membri della famiglia) sono viste come espressione della resistenza del sistema al cambiamento. Il disaccordo di un cliente con gli obiettivi proposti dal terapeuta per il trattamento, la riluttanza a partecipare in seduta o il non riuscire a completare "le prescrizioni da seguire a casa", sarebbero manifestazioni della resistenza della famiglia intera.

Nonostante questa spiegazione sia intuitivamente attraente, il concetto di resistenza è stato messo in discussione da alcuni teorici degli anni '80. De Shazer (1984), per esempio, proclamò audacemente "la morte della resistenza" (p.79) e in effetti, i terapeuti orientati alla soluzione sono stati i rappresentanti più critici di tale costrutto (de Shaker, 1985, 1988; O'Hanlon & Weiner-Davis, 1989). Concentrandosi invece sulla collaborazione, i teorici orientati alla soluzione sostengono che il cambiamento possa avvenire solo quando il terapeuta ritiene che i suoi clienti siano disposti a cambiare. Secondo questo punto di vista, la responsabilità del terapeuta consiste nel trovare il modo migliore per facilitare il cambiamento. In pratica, la resistenza viene reinterpretata in termini di collaborazione, sottolineando i movimenti da compiere. Quando un processo terapeutico sembra bloccato, questo è dovuto a un disallineamento fra ciò che avviene in seduta e il modo in cui la famiglia vuole cambiare.

Sia che il terapeuta lo faccia nella prospettiva teorica sulla resistenza o su quella della collaborazione (o in base a qualsiasi altra possibile teoria in materia), egli deve affrontare le difficoltà al coinvolgimento per facilitare l'andamento della terapia. Perciò, quando un membro della famiglia indica che la terapia non è di aiuto o sottintende che il processo è bloccato oppure mostra indifferenza verso ciò che viene discusso o proposto, il terapeuta deve riconoscere la minaccia all'alleanza e reindirizzare i propri sforzi. Per accrescere il coinvolgimento, i terapeuti possono cambiare obiettivo o strategie, moderare il passo della terapia o lavorare sull'empasse motivazionale. Lo scontro diretto con i clienti che mostrano indifferenza, mancanza di motivazione o che esprimono chiaramente la loro alienazione è generalmente controindicato (Patterson & Forgatch, 1985) e si deve usare solo quando tutti gli altri tentativi di stimolare la collaborazione sono falliti.

Coinvolgimento familiare

Sul coinvolgimento familiare sono state effettuate molte più ricerche rispetto a qualunque altro aspetto dell'alleanza terapeutica nella terapia con la coppia e con la famiglia, anche se il focus è stato principalmente sul trattenere i clienti in terapia ed

evitare il drop-out (ad esempio, Prinz & Miller, 1994) piuttosto che facilitare la collaborazione terapeuta-clienti in seduta. Gli studi che si concentrano sugli aspetti tecnici del coinvolgimento, sottolineano l'importanza della definizione attiva del problema da parte del cliente. La ricerca ha mostrato, ad esempio, che all'inizio della terapia fare domande circolari (esplorando il problema dai differenti punti di vista contrapposti), tende a stimolare un senso di collaborazione maggiore rispetto a fare domande lineari o strategiche (valutando il comportamento individuale o suggerendo cambiamenti; Dozier, Hicks, Cornille, & Peterson, 1998; Ryan & Cart, 2001).

La ricerca sulla percezione dei terapeuti da parte delle famiglie, suggerisce che i clienti si impegnano nel processo terapeutico quando pensano che il terapeuta capisce la situazione e può dare suggerimenti o consigli importanti. In uno studio su 12 famiglie cui era stato chiesto di descrivere la loro esperienza in psicoterapia (Kuehl et al., 1990), quelle che avevano abbandonato il trattamento precocemente dubitavano che il terapeuta comprendesse i loro problemi e la loro situazione personale. Alcune di queste erano comunque soddisfatte dell'esito della terapia; descrivevano i terapeuti come accudenti, ma incapaci di offrire soluzioni percorribili per i loro problemi. Un risultato particolarmente interessante sottolineava l'importanza della fase iniziale della terapia. I membri della famiglia che non percepivano i terapeuti come accoglienti o autenticamente interessati ai loro problemi, ritenevano improbabile che avrebbero contribuito fornendo informazioni rilevanti. In un altro studio qualitativo, Sells, Smith, e Moon (1996) riportarono che sia per i clienti che per i terapeuti, l'efficacia del trattamento era correlata alla percezione della chiarezza degli obiettivi e all'adeguatezza dei compiti terapeutici. È interessante notare che, mentre i terapeuti erano soprattutto preoccupati degli aspetti tecnici del loro lavoro, i clienti apprezzavano il fatto che il terapeuta fosse affidabile, capace di stabilire con loro una relazione personale e di accudimento. In effetti, il cliente valutava la spontaneità e l'attenzione del terapeuta ben più dell'approccio formale e "professionale" ai problemi.

In linea con questo risultato, la nostra ricerca con il SOFTA-o mostra che il comportamento dei clienti correlato alla Connessione Emotiva con il Terapeuta è sostanzialmente associato ai livelli osservabili di Coinvolgimento nel processo terapeutico (Friedlander, Escudero, Horvath, et al., 2006; Friedlander, Talka, et al., 2003). Un modo per entrare in connessione con i clienti in prima seduta, per i terapeuti, è quello di contrastare la demoralizzazione mostrando rispetto per le risorse della famiglia. Quando i membri della famiglia spiegano che le soluzioni che sono state efficaci in passato non lo sono più, il terapeuta deve aiutarli a cercare "soluzioni nuove", mostrando sempre rispetto per il loro punto di vista e dando suggerimenti che consolidino le risorse familiari esistenti. Chiedere ai clienti di cambiare radicalmente il loro punto di vista per seguire le direttive del terapeuta, può determinare un calo del coinvolgimento e, potenzialmente, una interruzione precoce. Tipicamente, si ottiene in modo semplice un forte coinvolgimento quando gli interventi del terapeuta sono connessi con le soluzioni del cliente - quelle che funzionavano in passato o quelle nuove, coerenti con la loro visione del mondo.

È ragionevole affermare che la forza del Coinvolgimento del cliente nel Processo Terapeutico è la dimensione dell'alleanza più facile da osservare. Tre aspetti comportamentali del coinvolgimento sono rappresentati nel SOFTA-o (vedi Appendice A):

(a) la partecipazione di un cliente nel definire gli obiettivi terapeutici, ovvero la collaborazione attiva e la disponibilità ad esporre i problemi per la discussione, a suggerire soluzioni e ad articolare gli obiettivi intermedi del trattamento; (b) la partecipazione del cliente a specifici compiti terapeutici (mettere in atto un'interazione, esprimere sentimenti, ricercare un compromesso, fare compiti a casa, compilare questionari) e a calibrare la gradualità della terapia (la frequenza delle sedute e la durata del trattamento); e (c) la motivazione al cambiamento (ovvero il riconoscimento espresso dal cliente dei piccoli miglioramenti, dei risvolti positivi delle prescrizioni per casa e degli sforzi fatti dagli altri membri della famiglia). Il contributo del terapeuta consiste nello stimolare questi tre aspetti del coinvolgimento del cliente, spiegando come funziona la terapia, chiedendo attivamente ai clienti elementi per la definizione degli obiettivi e dei compiti, esplorando la disponibilità dei clienti a sperimentare nuovi comportamenti durante o dopo le sedute, indagando la reazione ai vari eventi terapeutici, coinvolgendo l'attenzione e la partecipazione di ciascuno in seduta ed elogiando e amplificando ogni minimo cambiamento raggiunto.

Caso illustrativo: ragionare con genitori “ragionevoli”

Come esempio del ruolo del terapeuta nel coinvolgimento iniziale con la famiglia, prendiamo il caso di Melanie e Paul Blayne, disperati per la figlia dodicenne, Hilary, e per quello che descrivevano come mancanza di disciplina e problemi comportamentali a casa e a scuola. Quando il terapeuta chiese ai Blayne come avessero provato a risolvere questi problemi, la risposta di Melaine rivelò la disperazione che viene comunemente espressa dai genitori:

....ogni genere di cose, l'anno scorso abbiamo fatto tutto l'immaginabile.... Hilary è sempre stata una ragazza ragionevole e noi abbiamo sempre impiegato tutto il tempo e gli sforzi necessari per spiegarle le cose. Hilary ha sempre apprezzato il nostro parlarle, il fatto che le davamo delle spiegazioni su come e perché le cose andavano fatte..... Nella nostra famiglia abbiamo sempre risolto i problemi attraverso il dialogo e il ragionamento, cosicché abbiamo discusso a fondo con Hilary. Da quando è iniziata la sua ribellione, abbiamo provato a parlare con lei, insieme o da soli. Lui l'ha anche portata un week end a pescare, loro due da soli, approfittandone per parlare del suo comportamento a scuola. Non ha funzionato niente! Abbiamo chiesto al nonno di parlarci lui, dal momento che hanno un ottimo rapporto... ma si è rifiutata.... è diventata molto aggressiva.

Il terapeuta investigò ulteriormente, chiedendo la reazione dei genitori quando avevano saputo che Hilary aveva saltato la scuola. Paul rispose, “Siamo andati nella sua stanza e le abbiamo spiegato il nostro punto di vista, provando a ragionare - a farle vedere quanto il suo comportamento fosse dannoso per lei e per tutta la famiglia”.

Quanto sarebbero stati collaborativi Melaine e Paul se il terapeuta avesse immediatamente stabilito come obiettivo terapeutico quello di “imparare ad essere più autoritari” e accantonare “ragionevolezza e dialogo”? I Blayne avrebbero acconsentito a

punire Hilary se avesse violato le regole basilari di buona condotta? Genitori come Paul e Melanie avrebbero potuto seguire le indicazioni del terapeuta, almeno all'inizio. Avrebbero potuto decidere che, dal momento che non erano stati capaci di correggere da soli il comportamento della figlia, la sola cosa che rimaneva da fare era affidarsi alla saggezza del terapeuta e seguire ogni suggerimento. Di solito, però, i genitori respingono i cambiamenti che gli vengono suggeriti quando sentono che il punto di vista del terapeuta sul problema rappresenta una critica o una squalifica a tutto ciò che è stato fatto prima.

La disponibilità dei membri della famiglia ad essere partecipanti attivi in terapia, dipende dalla sensazione di collaborare con un terapeuta comprensivo su un obiettivo o una serie d'obiettivi reciprocamente negoziati. Paul e Melanie, come molti genitori, avevano bisogno di spiegazioni graduali e progressive (sull'importanza di porre dei limiti), prima di cambiare l'atteggiamento di risoluzione pratica che per loro rappresentava un logico approccio alla genitorialità. Ragionare, "mettersi a parlare", raggiungere un accordo e così via, erano stati metodi efficaci con Hilary in passato; in più, andavano bene per risolvere altri tipi di problemi nella loro vita. Perché i Blayne fossero totalmente coinvolti nel processo terapeutico, dovevano innanzitutto credere che quello che stavano facendo in terapia aveva un senso, ovvero che i passi che venivano loro suggeriti avrebbero effettivamente apportato cambiamenti ai problemi che li avevano condotti a quest'impasse.

In altri casi, i metodi di risoluzione dei problemi non funzionano, non perché siano errati, ma perché contraddicono o si pongono in maniera diametralmente opposta ad altri modi di approcciare i problemi. Diversamente da Melanie e Paul -entrambi impegnati nel provare a "ragionare" con la figlia- in molte famiglie un genitore prova a convincere il figlio a cambiare il suo comportamento, mentre l'altro usa ogni mezzo per imporre dall'alto limiti e disciplina. Avere strategie così contraddittorie, produce disaccordo fra i genitori, che si aggiunge al già aspro conflitto con i figli e che rende arduo negoziare un obiettivo terapeutico comune. Di solito, i genitori capiscono che non essendo riusciti a raddrizzare la situazione con ogni tentativo, hanno bisogno di seguire le indicazioni del terapeuta. Se hanno visioni opposte della soluzione, però, difficilmente collaboreranno di buon grado. Quando hanno diverse aspettative su ciò che la terapia comporta, solitamente uno dei genitori (o entrambi) pensa: "Spero che il terapeuta riuscirà a far capire al mio coniuge che questo suo atteggiamento è sbagliato e va cambiato".

Alcune abituali sfide per il coinvolgimento

Le difficoltà collegate al coinvolgimento e alla collaborazione possono essere dovute alla mancanza di risorse familiari – intellettive, emotive, socioeconomiche. Nei seguenti paragrafi evidenziamo alcune problematiche specifiche nel coinvolgimento: il lavoro con gli adolescenti, con le famiglie multi-problematiche e con gli uomini. Prima di ciò, comunque, va riconosciuto che i terapeuti possono compromettere involontariamente il livello di coinvolgimento dei clienti: il controtransfert (v. Capitolo 13) o

la semplice mancanza di comprensione o competenza possono portare a errori come quello di sottovalutare le preoccupazioni esplicite di un membro della famiglia, o non riuscire a riconoscere e controbilanciare un'alleanza scissa (vedi Capitolo 9). La storia personale e il background del terapeuta possono, inoltre, influenzare la sua abilità a creare un'atmosfera che risuoni con i valori e le caratteristiche culturali familiari di tipo etnico, religioso e di altro genere (v. Capitolo 10).

Adolescenti

Uno studio esplorativo (G.M. Diamond, Liddle, Hogue, & Dakof, 1999) ha tentato di rispondere alla domanda: come può un terapeuta migliorare un'alleanza che inizia per il verso sbagliato? Il contesto di trattamento era la terapia familiare multidimensionale con adolescenti delinquenti. Selezionando le famiglie che partivano con una scarsa alleanza adolescente-terapeuta, Diamond e Colleghi (1999) hanno confrontato 5 casi in cui l'alleanza era aumentata entro la terza seduta con cinque casi in cui questo non era accaduto. Solo nei casi migliorati erano presenti varie strategie per costruire l'alleanza, tra cui (a) prestare attenzione all'esperienza dell'adolescente, (b) presentare se stesso come un alleato, e (c) aiutare l'adolescente a identificare personalmente gli obiettivi significativi della terapia.

Anche la ricerca sull'alleanza condotta su campioni di pazienti ospedalizzati è ricca di informazioni: in uno studio, l'inaccessibilità del cliente (cioè, l'isolamento e l'alienazione) era la barriera più alta rispetto alla formazione dell'alleanza terapeutica, di gran lunga superiore dell'opposizione aggressiva (Colson et al., 1990). In un'altra ricerca, Eltz, Shirk, e Sarlin (1995) hanno trovato che precedenti di maltrattamento nei clienti sembravano ritardare la connessione emotiva con l'équipe terapeutica, ma la storia di abuso non costituiva un fattore predittivo della forza dell'alleanza successiva o del grado di successo del trattamento. Piuttosto, il ritardo nell'avanzamento della terapia era correlato alla gravità dei problemi interpersonali attuali. Tuttavia, in un altro studio con adolescenti ospedalizzati (Florsheim, Shotorbani, Guest-Warnick, Barratt, & Hwang, 2000), una forte alleanza nelle prime fasi della terapia era associata a esiti peggiori rispetto ad una debole alleanza iniziale, probabilmente perché la "luna di miele" iniziale sfumava non appena venivano posti più limiti e ci si aspettava un investimento interpersonale maggiore. Al contrario un sottogruppo di pazienti si mostrò resistente al trattamento all'inizio, pur riuscendo a proseguire e, alla fine, a stabilire una forte alleanza terapeutica. È probabile che questi clienti abbiano un atteggiamento attendista (del tipo "aspetta e vedi"), descritto anche per alcuni adolescenti in terapia familiare ambulatoriale (Kuehl et al., 1990).

Questi risultati sono pertinenti dal momento che sottolineano l'importanza di considerare lo sviluppo dell'alleanza. Il ritmo di lavoro nella costruzione di un'alleanza di successo sembra differire fra adolescenti e adulti. Inoltre, i bambini e gli adolescenti, tipicamente, sono inviati da qualcuno in terapia (non giungono per auto-invio), perciò è più facile che entrino in terapia in uno stato precontemplativo di cambiamento (Di Giuseppe, Linscott, & Jilton, 1996). Con adolescenti oppositivi, aderire alle loro preoccupazioni e incoraggiare il loro senso di efficacia personale rappresenta probabilm-

te una strategia di maggior successo rispetto ad usare il silenzio, o insistere sul senso di vulnerabilità in presenza dei genitori.

Il caso di Oksana descrive una diciannovenne depressa e isolata a casa, la cui famiglia era immigrata quattro anni prima dall'Europa orientale. Su raccomandazione del loro parroco, i genitori cercarono l'aiuto di un terapeuta. Coinvolgere Oksana in trattamento fu un'impresa, non per mancanza di disponibilità da parte sua, ma perché sapeva che aveva da dire cose dolorose per i genitori. Avendo intuito che il suo dilemma fosse legato a un problema di integrazione culturale, il terapeuta fece un commento sull'amore e il rispetto che Oksana aveva nei confronti dei genitori, la paura di deluderli e il fatto che si trovasse scomodamente posta fra due culture, quasi incastrata. Poi, incoraggiando i genitori di Oksana a dare il permesso alla figlia di parlare apertamente, il terapeuta riuscì a coinvolgere l'adolescente riluttante in un dialogo. Oksana raccolse coraggiosamente l'invito. Parlò direttamente al terapeuta, evitando il contatto visivo con i genitori, e rivelando che, innamorata di un ragazzo americano, adesso era incinta, pur senza averlo voluto.

Come dimostra questo esempio, potrebbe essere impreciso generalizzare che tutti gli adolescenti sono resistenti all'autorità. Ad ogni modo, gli adolescenti richiedono spesso un'attenzione speciale per collaborare attivamente nella terapia con i genitori. Vari modelli di trattamento hanno delineato interventi specifici per coinvolgere gli adolescenti resistenti. Come menzionato precedentemente, i terapeuti familiari multidimensionali (Liddle, 2002; Liddle & Schwartz, 2002) utilizzano interventi specifici per il coinvolgimento degli adolescenti, mostrando che possono ottenere cose preziose dalla terapia, che i loro sentimenti verranno rispettati, che la terapia li può aiutare a recuperare i rapporti e che la loro partecipazione è necessaria affinché il cambiamento possa aver luogo. In questo approccio, si produce una relazione sicura e comoda per l'adolescente mostrando un genuino interesse per i suoi obiettivi personali e affermando chiaramente che la sua partecipazione al processo è di particolare valore. Un'importante parte del processo comporta interventi specifici di riconnessione con i genitori per affrontare il legame genitori-figli. Secondo Liddle e Schwartz (2002), la partecipazione attiva dei genitori al processo terapeutico può essere ottenuta "recuperando nei genitori i sentimenti di amore, l'impegno e la capacità di influenza nei confronti dei figli" (p.465).

Nel lavoro con gli adolescenti, è particolarmente importante adattare gli interventi al livello di sviluppo individuale dei clienti (Oetzel & Scherer, 2003), che varia grandemente da una persona all'altra. La valutazione della maturità dell'adolescente e dello specifico stile di attaccamento, rappresentano considerazioni prioritarie per incrementare il livello di coinvolgimento. Gli adolescenti con gravi problemi comportamentali, per esempio, hanno tipicamente una maturità cognitiva e sociale inferiore rispetto ai loro pari, che influenza l'interpretazione della terapia e della relazione terapeutica. Quando i clienti, a ogni età, mal interpretano lo scopo del trattamento, la loro motivazione a collaborare viene messa alla prova, il coinvolgimento è difficile e il rischio d'interruzione della terapia è alto.

Famiglie Multiproblematiche

Molte famiglie di livello socio economico basso e con molti fattori di stress (“multiproblematiche”) trovano difficoltà a coinvolgersi nel processo terapeutico, nonostante il pressante bisogno di aiuto. Spesso queste famiglie vengono in terapia su indicazione del Servizio Sociale per i Minorenni o del Tribunale per i Minorenni dopo l’avvio di un’indagine o un procedimento legale per abuso o trascuratezza. Dal momento che nella maggior parte di questi casi l’invio è obbligatorio, questi clienti arrivano in trattamento sotto coercizione (v. Capitolo 11).

Per ridurre la resistenza e facilitare il coinvolgimento di famiglie ispaniche difficili da agganciare con adolescenti con problemi d’abuso, alcuni ricercatori di Miami (Santisteban et al., 1996; Szapocznik et al., 1988) hanno sviluppato uno specifico intervento -coinvolgimento del sistema strategico strutturale (*Strategic Structural System Engagement, SSSE*)- che inizia con il primo contatto telefonico con il terapeuta. SSSE comporta l’aggancio alla famiglia dimostrando preoccupazione, interesse ed empatia, ridefinendo il problema e perfino facendo visite domiciliari per costruire l’alleanza e facilitare il coinvolgimento prima che inizi il trattamento.

Le difficoltà nel coinvolgimento delle famiglie multiproblematiche emergono in parte dal contrasto fra il livello socioculturale dei clienti e quello dei professionisti coinvolti nel caso. La ridefinizione è un elemento importante, specie quando la famiglia e il terapeuta hanno visioni opposte sulla natura del problema, su come dovrebbe essere approcciato, sulla relazione terapeutica e sulla relazione della famiglia con l’ente in cui il terapeuta sta lavorando. Secondo Madsen, la terapia con le famiglie multiproblematiche è essenzialmente “una negoziazione cross-culturale in cui le due parti agiscono in una relazione di reciproca influenza” (Madsen, 1999, p.97).

La famiglia e il professionista che la segue possono essere visti come due micro-culture con le proprie credenze e i propri stili di interazione preferiti... La terapia procede meglio quando entrambe le microculture (professionista e famiglia) sono sulla stessa lunghezza d’onda (hanno credenze simili su qual è il problema, su cosa dovrebbe essere fatto e chi dovrebbe farla per affrontarlo; ovvero sono consapevoli e rispettose delle differenti credenze). (p. 97)

Molte delle difficoltà che i terapeuti incontrano nel cercare di coinvolgere le famiglie multiproblematiche sono associate alla mancanza di sicurezza (v. Capitolo 6). Quando una famiglia obbligata dal Servizio Sociale per i Minorenni o dal Tribunale si sente sicura nel sistema terapeutico, questo è dovuto al fatto che il contesto “cross-culturale” integra i punti di vista del terapeuta e dei clienti sulla natura dei problemi e sui potenziali modi di affrontarli. Per aumentare la sicurezza e facilitare il coinvolgimento familiare, il terapeuta deve prestare notevole attenzione a come i suoi suggerimenti e interventi vengono interpretati (incluso il ruolo giocato dall’istituzione o dall’ente). Usare il linguaggio del cliente per spiegare come funziona la terapia è il primo passo (v. Capitolo 11).

Uomini

Una donna in terapia di coppia descrisse il marito come “una noce dura da rompere”. Senza mettersi mai sulla difensiva, arrivava alle sedute senza lamentarsi. Comunque, per quanto disponibile ad ascoltare le critiche della moglie nei suoi confronti, vedeva l’infelicità di lei come l’unico problema da affrontare. Nonostante una buona relazione con il terapeuta, in tre mesi di terapia non identificò mai un problema su cui discutere, né offrì un punto di vista o un modo d’agire differente.

Sebbene il coinvolgimento nella terapia di coppia sia facilitato quando entrambi i partners congiuntamente cercano un terapeuta (Slipp, Ellis, & Kressel, 1974), è tipicamente la donna che inizia il processo. Le aspettative tradizionali sul ruolo di genere, possono rendere la terapia un supplizio per alcuni uomini. In effetti, per molti di loro il contesto della terapia è semplicemente estraneo. In particolar modo quando il processo si concentra sull’espressione dei sentimenti e l’analisi delle relazioni, molti uomini si sentono come pesci fuor d’acqua. Se davvero prendono parte al trattamento, è perché vedono il matrimonio deteriorarsi o i figli avvicinarsi a un precipizio.

Non sorprende allora che la ricerca sulla terapia di coppia e familiare abbia mostrato coerentemente che il successo del trattamento è maggiore quando l’alleanza del terapeuta con il padre o il marito è forte (vedi Capitolo 10 per una rassegna). Presumibilmente, questo dipende dalla tipica riluttanza, un po’ stereotipata, degli uomini a coinvolgersi nella “terapia basata sulle parole”. Sebbene non ci siano dati sull’argomento, nella nostra esperienza il contesto gioca un ruolo: creare alleanze con uomini in terapia di coppia e familiare è di gran lunga più facile nella pratica privata che negli enti pubblici, probabilmente a causa dell’alta percentuale di clienti obbligati nell’ambito di questi contesti. Inoltre, in molte comunità la maggioranza dei terapeuti familiari è costituita da donne e alcuni uomini rifiutano il trattamento se si sentono in minoranza.

Anche i valori culturali giocano un ruolo importante in questo sbilanciamento di genere. Nelle culture latinoamericane, per esempio, molti uomini credono che parlare dei problemi familiari sia umiliante, perché implicherebbe che non sono stati capaci di risolvere questi problemi da soli (Santiago-Rivera, Arredando, & Gallardo-Cooper, 2002). A volte sono entrambi i genitori, padre e madre, a credere che gli uomini non siano capaci di gestire il coinvolgimento emotivo in terapia, anche quando le preoccupazioni riguardano il matrimonio stesso, i figli e la famiglia estesa.

È logico che coinvolgere in trattamento uomini resistenti comporti diverse strategie da parte dei terapeuti, a seconda che siano maschi o femmine. Le terapeute femmine devono percorrere una strada stretta e difficile, supportando da un lato il marito o il padre per coinvolgerlo nel trattamento e dall’altro tentando di non alienarsi la moglie o madre. Una cliente donna può sentirsi in competizione -o tradita- da una terapeuta che dovrebbe, a suo avviso, confermare il suo punto di vista. I terapeuti maschi potrebbero trovare più velocemente il modo di agganciare l’uomo della famiglia, ma la loro attenzione per le mogli potrebbe essere mal interpretata, o addirittura utilizzata come scusa per interrompere il trattamento.

Levant e Philpot (2002) hanno riassunto quattro approcci alla terapia di coppia che riflettono la filosofia della “consapevolezza di genere” (p. 319). Ciascuno di questi approcci contempla il non farsi triangolare dalla coppia nella battaglia del “chi

ha ragione?”, grazie a strategie rivolte ad entrambi i clienti e basate sulla validazione, l'educazione e l'empowerment. Proprio come la cultura è alla base dei conflitti familiari basati sull'acculturazione, negli approcci basati sulla consapevolezza di genere la fonte del problema di coppia è attribuito alle incomprensioni di genere. Definendo il problema in questo modo, il terapeuta ha la possibilità di coinvolgere la coppia in un dialogo su come gli stereotipi distruttivi e i messaggi sui comportamenti appropriati stiano influenzando negativamente il loro rapporto. Da qui, è breve il salto verso il coinvolgimento nel trattamento.

In terapia familiare, trovare un modo creativo per coinvolgere un padre resistente è essenziale, perché la sua assenza dal trattamento può minacciare il coinvolgimento degli altri membri della famiglia e la disponibilità al cambiamento. Questa priorità fu il primo obiettivo della terapia con William Ryerson, il padre di un'adolescente che era stato segnalato per comportamenti aggressivi e tentativi di molestia ai danni di un bambino, vicino di casa, in età prescolare. Il ragazzo, Matthew, viveva con William, la madre acquisita (Nicole) e la figlia di un precedente matrimonio di lei, che frequentava il college. Nei primi cinque anni di matrimonio tra William e Nicole, il rapporto di Matthew con Nicole era stato buono, finché non scoppiarono i problemi comportamentali del ragazzo. Sebbene la terapeuta avesse chiesto a entrambi i genitori di partecipare alla prima seduta, solo Matthew e Nicole si presentarono. Alla domanda circa l'assenza di William, la moglie disse: “È stravolto da tutta la situazione. È difficile per lui mantenersi abbastanza calmo per parlare di queste cose, specialmente se c'è Matthew... Non ha mai saputo affrontare gli insegnanti o i consulenti scolastici di Matthew”.

La terapeuta educatamente, ma in modo fermo, insisté a convocare William per le sedute successive. Il padre venne alla seconda seduta, ma la sua partecipazione in effetti era minima e si girava verso la moglie prima di rispondere a ogni domanda posta dalla terapeuta. A dispetto di quanto promesso, William non partecipò alla terza seduta. Nicole riportò una scusa: era saltato fuori qualcosa al lavoro all'ultimo momento, rendendo impossibile a William andarsene. In risposta alle domande del terapeuta sui progressi della settimana passata, Nicole spiegò che William aveva detto loro “di fare tutto quello che la terapeuta avesse chiesto”. William, ad ogni modo, non aveva fatto la sua parte di compiti a casa; infatti, era stato ancor più distante dalla famiglia e incastrato con il lavoro.

Sarebbe semplice, in un caso del genere, portare avanti la terapia senza la partecipazione del padre: se gli altri membri della famiglia collaborassero e non vedessero come problematica la mancanza del padre, la scelta della terapeuta di ignorarla potrebbe essere interpretata perfino come un segno di rispetto per la decisione del padre. Comunque, arrendersi all'allontanamento del padre potrebbe influenzare il coinvolgimento degli altri membri della famiglia. In effetti, la mancanza di coinvolgimento del padre in terapia potrebbe influenzare altri aspetti della vita familiare, come la sua partecipazione nella crescita e nella cura dei figli.

Dal momento che la terapeuta in questo caso considerava la partecipazione del padre essenziale, lo contattò telefonicamente. Dopo aver riferito i punti salienti dell'ultima seduta, invitò lui e Nicole ad un incontro per valutare l'andamento delle prime tre sedute e discutere il piano di trattamento. Sottolineando che stava richiedendo “un

incontro, non un'altra seduta di terapia", la terapeuta chiese a William di scegliere un giorno e un orario in cui era sicuro di partecipare.

Durante l'incontro, la terapeuta espose il piano di trattamento e la sua valutazione preliminare sul problema. Dopodiché chiese come avrebbe potuto facilitare la partecipazione di William. Venne fuori che il punto chiave era la convinzione di William che il suo contributo sarebbe stato minimo e che era colpa sua se non era riuscito ad educare Matthew, causando tutti i problemi di comportamento di suo figlio. In risposta, la terapeuta iniziò a ridefinire in positivo le attribuzioni del padre:

Capisco cosa vuoi fare – ciò che è meglio per tuo figlio - e che pensi che il tuo contributo in terapia sia quello di non interferire. So che hai le migliori intenzioni e questo ti fa onore, ma la tua famiglia ed io abbiamo bisogno del tuo aiuto. Quello di cui abbiamo bisogno è che tu venga - la tua partecipazione è importante.

Infine, la terapeuta si fece promettere da William che avrebbe partecipato alle sedute con la moglie ogni due settimane; nelle altre settimane le sedute sarebbero avvenute con Nicole e Matthew insieme, o Matthew da solo. William acconsentì e, in effetti, il suo coinvolgimento in terapia e con il figlio aumentò notevolmente a partire da quel momento.

Questo esempio mostra come si possa aumentare il coinvolgimento grazie alla modifica delle strategie, come quella di tenere un incontro informativo e di pianificazione con quei singoli membri della famiglia che sono resistenti a coinvolgersi nel processo. Alla fine, alcuni clienti possono anche avere un ruolo decisivo nel trattamento, una volta che hanno ricevuto un'attenzione particolare da parte di un terapeuta disposto a lavorare al loro passo e ad elogiare i loro sforzi nei piccoli cambiamenti di comportamento.

Sensibilità al cambiamento

Affinché il coinvolgimento sia forte, i clienti devono essere capaci di avvertire i cambiamenti che avvengono lentamente e di attribuirli alla loro partecipazione al processo terapeutico. Quando i problemi sono seri e il cambiamento lento a venire, i clienti spesso rifiutano i piccoli cambiamenti considerandoli come insufficienti e poco significativi. Un senso di frustrazione e disperazione può facilmente connotare il clima emotivo della seduta avvilendo tutti.

Allora il compito del terapeuta è di sensibilizzare la famiglia verso quei piccoli movimenti nei comportamenti o negli atteggiamenti scaturiti dai colloqui clinici e dalla ricerca di un'alternativa. Per esempio, il terapeuta può ottimisticamente evidenziare che alcuni cambiamenti stanno per avvenire o sono già avvenuti. Altrimenti, il terapeuta può proporre semplici compiti a casa il cui scopo è solo quello di sensibilizzare la famiglia verso il cambiamento. In questi interventi di sensibilizzazione, a ciascun cliente viene chiesto di fare un piccolo cambiamento nelle sue abitudini che sia assolutamente imprevedibile e di tenerlo segreto agli altri. È importante che questo cambiamento

non sia straordinario e né collegato alla terapia: “Potresti cambiare pettinatura, il posto in cui normalmente ti siedi a tavola, potresti andare a pesca, in bici, qualsiasi cosa”. A ciascun membro della famiglia viene chiesto di scoprire cosa hanno fatto gli altri, ma senza parlarne. Di solito i clienti obiettano: “Se, supponiamo, cambiamo qualcosa che non ha niente a che fare con X [*il problema*], che ne verrà di buono?” La risposta del terapeuta dovrebbe semplicemente spiegare l'importanza di sperimentare piccoli cambiamenti e imparare a riconoscerli negli altri, prima di provare a farne di più importanti a livello del comportamento. Questa strategia può essere particolarmente efficace quando il problema ha una lunga traiettoria che lascia intorno a sé una scia di pessimismo e demoralizzazione. Nella nostra esperienza, quando il “training” sui piccoli cambiamenti ha successo, i membri della famiglia ne gioiscono e diventano subito più coinvolti in terapia e più ottimisti rispetto al futuro.

A parte la dichiarazione di ottimismo, i terapeuti possono elogiare i loro clienti per la loro motivazione e disponibilità a cercare nuovi comportamenti, ad accettare compromessi, a parlare dei sentimenti e così via, anche quando le modifiche comportamentali non sono sostanziali. I terapeuti strutturali (Minuchin & Fishman, 1981), che lavorano con l'*enactment* in seduta, raccomandano di “puntualizzare” il cambiamento di un'interazione familiare prima che si disintegri -a causa dei vecchi patterns familiari- con le accuse, le critiche o il disimpegno. Per far questo, il terapeuta blocca l'azione ed elogia le differenze che si sono evidenziate. Quando i clienti diventano consapevoli che i piccoli cambiamenti facilitano i grandi, spesso fanno commenti come: “La verità è che ci sentiamo incoraggiati anche solo per il fatto di poter venire qui” o “Mia figlia ha detto che le è mancata molto la terapia, quando abbiamo saltato una seduta”.

Caso illustrativo: la bella e la bestia

Il seguente caso illustra molti punti della precedente discussione, le difficoltà personali e contestuali al coinvolgimento del cliente e gli interventi terapeutici consigliati per aumentarlo o sbloccare la sua mancanza. Ronald e Caryn Jacobs avevano chiesto una terapia di coppia ad un ente specializzato in abuso di sostanze. Erano una giovane coppia sposata da soli due anni: Ronald aveva 30 anni e Caryn ne aveva 31. Comunque si conoscevano dall'adolescenza ed erano stati sempre legati, prima facendo parte della stessa compagnia, poi restando da soli e infine mettendosi insieme. Dopo un anno di bevute pesanti ad ogni fine settimana, Ronald iniziò un programma di riabilitazione ambulatoriale per alcolismo. In precedenza, Caryn andava al bar con lui, ma alla fine aveva smesso di farlo a causa del bere compulsivo di lui. Il programma di riabilitazione suggerì un trattamento congiunto quando divenne chiaro che l'alcolismo di Ronald stava distruggendo la loro relazione di coppia.

Fin dal primo momento della terapia di coppia, a colpire furono le differenze fra i due clienti. Caryn era attiva, positiva, e forniva molte informazioni rilevanti senza che le venissero chieste, proponendo idee e suggerimenti per aiutare Ronald e il loro matrimonio; era ben disposta a provarle tutte. Ronald, dal canto suo, era timido e ritirato, restio a dare informazioni o a prendere in considerazione i suggerimenti del terapeuta.

Parlava poco e, quando lo faceva, il ritmo era lento e i pensieri confusi. La differenza nella qualità di partecipazione si rifletteva anche nell'apparenza: Caryn era vestita in modo elegante e meticoloso; Ronald in modo sciatto e trasandato.

Dopo tre sedute caratterizzate da scarso progresso, il terapeuta decise di condividere con la coppia una riflessione su tali differenze:

Terapeuta: Qualcosa mi ha colpito fin da quando abbiamo iniziato la terapia insieme poche settimane fa e mi piacerebbe dirvi cos'era. Caryn da subito è stata una partecipante attiva... sembra il modo in cui sei naturalmente... Ronald, tu sei restio e riservato... Non sono sicuro che quello che facciamo qui abbia lo stesso significato per te e per Caryn. C'è qualcosa che possiamo cambiare così da farti sentire più a tuo agio?

Caryn: Penso che sia così in tutti gli ambiti della sua vita. Da quando ci siamo incontrati ho visto che...

Terapeuta: [interrompendola] Scusa se ti interrompo, Caryn, ma vorrei che fosse Ronald ad esprimere il suo punto di vista.

Ronald: Non c'è problema, lei ha ragione... mi conosce bene.

Terapeuta: Ne sono sicuro ma, per la verità, mi piacerebbe sentire il tuo punto di vista e come lo esprimeresti.

Ronald: Va bene. Penso che per me è un grande sforzo, che non mi porterà da nessuna parte.

Terapeuta: Me lo puoi spiegare? Potresti farmi un esempio di ciò che consideri uno sforzo e dirmi cosa ti fa pensare che non ti porterà da nessuna parte.

Ronald: Beh, è come nella vita. Lei è sempre stata speciale, impressionante.. riesce a parlare con facilità con tutti. Se qualcuno chiama, ci parla per 10 o 20 minuti.. Anche qui sa perfettamente come muoversi. È impossibile che tu capisca quanto sia difficile per me parlare dei miei problemi, anche solo stare accanto a lei, quando siamo in compagnia.

Terapeuta: Sì, posso immaginare che è difficile vivere con una persona che è così efficiente e disinvolta nel parlare. Come ti senti quando state insieme ad altre persone?

Ronald: Sento come se rimanessi indietro, che non sto facendo bene... e il fatto è che voglio stare sempre con lei. Continuo a chiedermi perché ha sposato me. A volte provo a parlarle dei miei problemi, ma lei è così veloce che nemmeno realizza lo sforzo che sto facendo, e finisco per rimanere bloccato, proprio come mi era successo ora... scusi, ma non so fare di meglio...

Terapeuta: Quando bevevi il fine settimana, hai mai provato sensazioni simili?

Ronald: Sì, fino al terzo o quarto drink. Uscivamo spesso perché lei aveva molti impegni sociali e io mi sentivo un po' in imbarazzo... come la bella e la bestia!

Questa battuta, che non era da Ronald, suscitò una risata contagiosa nel terapeuta e nella coppia - era il primo momento divertente da quando era iniziata la terapia.

Terapeuta: Caryn puoi dire a Ronald perché hai scelto lui come partner?

Caryn: L'ho sempre amato moltissimo - è stato sempre molto buono con me. Ora sto realizzando che forse non lo ascolto abbastanza.

Terapeuta: Ho paura che nelle altre sedute abbiamo parlato molto di te, Ronald, su come ti potevi sentire e cosa stavi passando, ma non *ti* abbiamo dato il tempo di esprimerti da solo. Come possiamo recuperare?

Ronald: C'è qualcosa che mi ha aiutato in riabilitazione... scrivere. Posso scrivere qualcosa e poi lo possiamo leggere insieme e parlarne.

Terapeuta: Certo, è un'ottima idea.

Da quel momento in avanti, le cose cambiarono radicalmente. Le idee e i bisogni di Ronald divennero l'obiettivo. Caryn scoprì molte cose nuove su suo marito, le sue sensazioni sul matrimonio e le sue speranze per la vita insieme. Per lei era difficile, per quanto gratificante, sentire ciò che Ronald aveva bisogno di dire, con grande sforzo.

Come spesso capita quando i membri della famiglia hanno diversi livelli di coinvolgimento, la chiave del successo in questo caso fu di riconoscere lo sforzo straordinario che Ronald stava compiendo per avere un aiuto psicologico e parlare dei suoi problemi. Entrambi i partner divennero coinvolti nel processo terapeutico e fu un coinvolgimento equilibrato, nel quale congiuntamente considerarono la loro vita da coppia facendo insieme piani per il futuro.

Conclusioni

Il Coinvolgimento nel processo terapeutico richiede che cliente e terapeuta abbiano una prospettiva coerente del problema e un senso di collaborazione. Sebbene comune a tutti i trattamenti, il coinvolgimento pone difficoltà specifiche quando i membri della famiglia sono in conflitto fra loro, hanno differenti livelli di motivazione, o punti di vista sul problema e sui percorsi per risolverlo. I clienti hanno anche difficoltà a collaborare al trattamento quando gli obiettivi, i compiti e le procedure proposte dal terapeuta si scontrano con la loro visione del mondo o con il loro modo caratteristico di comprendere i problemi. Le difficoltà emergono quando l'approccio del terapeuta è discordante dalle esperienze passate e presenti nel risolvere altri problemi, o quando la famiglia è bloccata da qualche conflitto coperto che rende il cambiamento più minaccioso dello status quo.

Sebbene la relazione della famiglia con il terapeuta sia il prodotto di un contratto professionale in cui il terapeuta è ritenuto l'esperto nella valutazione e nella risoluzione del problema, i clienti non sono destinatari passivi di un processo che gli è semplicemente imposto. Al contrario, un forte coinvolgimento richiede che i clienti comprendano che gli obiettivi e i compiti della terapia devono essere discussi e negoziati attivamente con il terapeuta. Sebbene il coinvolgimento non sia semplice quando i membri della famiglia non sono d'accordo tra loro o con il punto di vista del terapeuta, la collaborazione può essere ottenuta proponendo cambiamenti sostenibili e amplificando i piccoli successi.

Il coinvolgimento ha un'altra caratteristica essenziale, di tipo cognitivo. Per raggiungere un forte coinvolgimento, i clienti hanno bisogno di vedere che i miglioramenti ottenuti sono collegati al fatto di lavorare insieme e con il terapeuta. Quando un cliente riconosce un miglioramento, ma non lo associa al trattamento (ad esempio, lo vede come fortuna, destino o caso), il coinvolgimento nel processo è ostacolato per il semplice fatto che lo stare in terapia non ha alcun senso per il cliente.

CONNESSIONE EMOTIVA CON IL TERAPEUTA

Quando Janyce e Roger Lafitte iniziarono improvvisamente ad urlarsi contro nel mezzo della seduta di terapia, con la voce alta e i volti deformati dall'intensità della rabbia, Louis - che aveva 4 anni - iniziò a darsi dei forti pizzicotti sulle braccia. Alzandosi in piedi e frapponendosi energicamente agli adulti, la terapeuta riuscì a farli smettere di urlare e ad avere il silenzio. Non appena la terapeuta tornò a sedersi, Louis le saltò subito in grembo e le mise braccia e gambe intorno al corpo. Sorpresa e colpita, abbracciò il piccolo. Il comportamento di Louis indicava la gratitudine di un bambino spaventato oltre misura dall'aggressione verbale tra i genitori.

Questo episodio enfatizza un importante meccanismo in terapia familiare: sollievo, fiducia, gratitudine, ed eventualmente affetto, si generano in clienti disperati quando un terapeuta riesce a interrompere le loro interazioni disfunzionali caratterizzate da circoli viziosi e tossici. Col tempo, l'ottimismo dei clienti aumenta con una certa cautela quando iniziano a vedere che la terapia produce una certa differenza. Spesso i membri della famiglia attribuiscono le differenze che sperimentano, non alla terapia in sé, ma al carisma personale del terapeuta e al suo prendersi a cuore le situazioni.

Gibney (1998) ha commentato che “[i]n terapia il potere e l'amore giocano un ruolo che si bilancia reciprocamente... ed entrambi devono essere alimentati nel monitoraggio della terapia” (p. 91). La nostra definizione di *connessione emotiva* nel Sistema di Osservazione delle Alleanze in Terapia Familiare (SOFTA) è coerente con l'opinione di Gibney:

Il cliente considera il terapeuta una persona importante nella sua vita, quasi come un membro della famiglia; sente che la relazione poggia su affiliazione, fiducia, cura e interesse; sente che il terapeuta si prende cura di lui genuinamente e che “è lì” per il cliente; sente di essere sulla stessa lunghezza d'onda del terapeuta (per es., simili prospettive di vita, valori); apprezza l'esperienza e la competenza del terapeuta.

Sebbene questa definizione si riferisca alle relazioni dei singoli individui con il terapeuta e non al legame del terapeuta con la famiglia come insieme, le due cose sono inestricabilmente correlate. I clienti notano come gli altri membri della famiglia parla-

no del terapeuta fuori dalla stanza di terapia e osservano attentamente come ciascuno interagisce con il terapeuta in seduta. Pinsof e Catherall (1986) hanno riscontrato che gli esiti terapeutici più positivi nella terapia di coppia si avevano quando le mogli vedevano un forte legame fra i mariti e il terapeuta, e questo sembrava essere perfino più importante dei loro stessi sentimenti verso il terapeuta.

Di solito, i membri di una famiglia più motivati si sentono incoraggiati quando vedono quelli meno motivati avvicinarsi al terapeuta e quando il terapeuta riesce a toccare le corde di quelli più restii, insicuri, spaventati o sulla difensiva. Veronique, per esempio, temeva che il figlio Robert, undicenne, si opponesse alla terapia, ma le sue paure svanirono rapidamente alla prima seduta, quando il terapeuta iniziò a parlare chiedendo a Robert dove avesse preso quel “berretto fico” che indossava. Quando Robert rispose “A Karate. Sono cintura nera”, il terapeuta rispose amabilmente: “Wow! Dovrò guardarmi da te quando sei in giro!” Robert subito sorrise e questo rassicurò la madre che l’inizio fosse buono.

In molte circostanze, una connessione emotiva si ottiene con un minimo sforzo. Col tempo, crescendo il legame individuale del terapeuta con il gruppo familiare, cresce anche il legame con ogni singolo individuo e viceversa. Può accadere anche l’opposto, se i membri della famiglia sono delusi dal terapeuta. In un caso tra quattro -studiati in maniera approfondita con il SOFTA-o- Beck e colleghi (2006) hanno evidenziato che, nonostante una connessione positiva con il terapeuta all’inizio del trattamento, la madre aveva interrotto inaspettatamente il trattamento alla ventitreesima seduta quando il terapeuta spostò il focus dell’attenzione dall’abuso di droga del figlio alla relazione di coppia disfunzionale. I clienti che partecipano come “Ostaggi” di altri clienti o che sono obbligati alla terapia da terzi (come il Servizio Sociale per la Tutela dei Minori o il Tribunale per la Famiglia o il sistema di giustizia penale) potrebbero percepire il terapeuta, nella fase iniziale, come un’estensione dell’autorità punitiva (v. Capitolo 11). In questi casi, ogni minima contrarietà verso il terapeuta, può ingrandirsi al punto da far interrompere il trattamento alla famiglia (o al terapeuta stesso).

Teoria e ricerca

Studi sulla frequenza delle interazioni verbali fra i membri della famiglia e terapeuti esperti come -tra gli altri- Salvador Minuchin, Carl Whitaker, Don Jackson e Murray Bowen, hanno dimostrato ripetutamente che i terapeuti si posizionano al centro del sistema terapeutico (Friedlander, Ellis, Raymond, Siegel, & Mildfort, 1987; Friedlander et al., 1985; Raymond, Friedlander, Heatherington, Ellis, & Sargent, 1993). In altre parole, i terapeuti familiari efficaci sono attivi e non semplici spettatori che “dirigono il traffico” familiare dal di fuori. Dal momento che i terapeuti sono al centro dell’azione, devono essere consapevoli di quanto possono diventare importanti e autorevoli per i membri della famiglia.

Ci sono voluti 25 anni dagli inizi della terapia familiare perché i teorici e i ricercatori riconoscessero che la relazione del terapeuta con la famiglia è un catalizzatore del cambiamento. Con le grandi eccezioni di Virginia Satir e Carl Whitaker, i teorici

inizialmente vedevano il terapeuta come una forza esterna, un agente di cambiamento al di fuori del sistema familiare. Gli Autori erano allo stesso tempo spaventati dall'intransigenza della cibernetica del sistema familiare e desiderosi di allontanarsi dalla psicoanalisi, un approccio troppo lento in cui la relazione terapeutica occupava il posto centrale (Flaskas & Perlesz, 1998). Tra i pionieri della teoria sulle relazioni familiari, Minuchin (1974) ha enfatizzato l'importanza del "joining" con la famiglia per ottenere le risorse necessarie al cambiamento e Haley (1976) ha sostenuto l'approccio strategico per evitare di ripetere la lotta per il potere del paziente designato contro gli altri significativi. Bowen (1976) e i teorici della scuola di Milano (Selvini-Palazzoli et al., 1978) sostenevano in maniera irremovibile che la neutralità era il solo modo per venire a capo di situazioni familiari caratterizzate da "legami incrociati troppo complessi" (Hoffman, 1981, p. 74), specialmente quelle che hanno a che fare con l'anoressia e la schizofrenia.

Negli anni '80 la sfida femminista (ad esempio, Luepnitz, 1988) al ruolo autoritario e allo strapotere delle tecniche proposte dai fondatori, è stata presa in considerazione da una nuova corrente di teorici che hanno sostenuto un approccio più morbido e più collaborativo con i membri della famiglia. Alcune ricercatrici avevano descritto la tradizionale svalutazione dell'attaccamento emotivo dei terapeuti ai clienti come "maschilista" – cioè, dovuta all'enfasi sulla razionalità a danno degli stati emotivi (Smith, Osman, & Godine, 1990, p.143), mentre questi Autori si sono concentrati sul sistema terapeutico (cioè, sul gruppo famiglia + terapeuta) come catalizzatore di un cambiamento di second'ordine (Flaskas & Perlesz, 1998; Smith et al., 1990), riconoscendo che "il terapeuta non può essere un osservatore neutrale" (Hardham, 1998, p.76). Gli Autori costruttivisti e narrativi (ad es., Goolishian & Anderson, 1992; M. White & Epston, 1990) hanno raccomandato un atteggiamento libero da conoscenze acquisite che avrebbe permesso ai clienti la libertà di esplorare significati alternativi alle loro storie di vita e soluzioni individuali ai loro problemi.

Spinti da questo dibattito teorico, i ricercatori hanno iniziato a considerare la relazione terapeutica come un fattore centrale nella terapia di coppia e familiare. In uno studio, per esempio, un gruppo di docenti e supervisor esperti ha identificato gli aspetti della relazione che rendevano conto del successo nel trattamento (White, Edwards, & Russell, 1997). Aspetti collegati al legame emotivo includevano il rispetto reciproco, la disponibilità a lavorare insieme, un'atmosfera di collaborazione, una chiara definizione dei confini, la percezione del terapeuta come figura di aiuto e competente e il rapporto con il terapeuta.

Notando che la letteratura dava un'importanza assai superiore a ciò che i terapeuti facevano per creare un clima positivo per il cambiamento, piuttosto che a quello che i pazienti pensavano e sentivano circa quanto accadeva nel trattamento (Friedlander, Wildman, et al., 1994), altri ricercatori hanno focalizzato la loro attenzione sulle percezioni dei membri della famiglia relativamente alla loro esperienza in terapia. Alcuni studi hanno previsto la rilevazione dei sentimenti dei clienti verso il terapeuta chiedendo loro di descrivere i momenti critici del trattamento (ad es., Kuehl et al., 1990). Altri studi hanno esplorato la componente del legame emotivo nell'alleanza terapeutica in relazione con altre variabili (ad es., L.N. Johnson et al., 2002).

In generale, i clienti apprezzano i terapeuti che sono cordiali, attivi, con i piedi per terra, informali, degni di fiducia, ottimisti, sicuri, con senso dell'umorismo, accudenti

e comprensivi (Bischoff & Mc Bride, 1996; Kuehl et al., 1990). Uno studio su 83 famiglie viste in un centro di consulenza per l'infanzia (Firestone & O'Connell, 1980), per esempio, ha mostrato che le reazioni del terapeuta alla famiglia dopo la prima seduta predicevano quali famiglie in seguito avrebbero interrotto precocemente il trattamento. Non sorprende che dimostrazioni da parte del terapeuta di ciò che i membri della famiglia percepivano come indifferenza o disprezzo erano predittive dell'interruzione precoce. Al contrario, il gradimento della famiglia da parte del terapeuta, la fiducia di questo verso i membri della famiglia e il sentirsi coinvolto con loro, erano associati alla continuazione del trattamento. In termini di miglioramento, la prima impressione era meno importante, ma si avevano esiti migliori quando i terapeuti vedevano positivamente la loro relazione con le famiglie e quando vedevano i loro clienti come flessibili. È interessante notare che famiglie più numerose avevano un successo relativamente maggiore in trattamento, un risultato che Firestone e O'Connell spiegavano come correlato alla presenza di più alleati, oppure di una maggiore motivazione: dal momento che è più complesso gestire un numero maggiore di persone, quando le famiglie ci riescono potrebbe essere perché i sintomi presentati sono particolarmente distruttivi.

Alcuni studi dimostrano che l'aspetto del legame nell'alleanza terapeutica è particolarmente importante per le famiglie (M. Beck et al., 2006; L.N. Johnson et al., 2002), probabilmente più che per le coppie; quando il legame è forte, i clienti tendono a vivere le sedute come più piacevoli e più facili (Heatherington & Friedlander, 1990b). I clienti di uno studio dissero: "Mi sento veramente al sicuro con la [terapeuta], la sua personalità.... Si pone proprio al nostro livello e non prova ad usare un mucchio di paroloni o altro per farci sentire incapaci" e "[la terapeuta] vede me e i membri della famiglia come persone reali, non come soggetti, o casi clinici" (Christensen et al., 1998, pp.183-184). In un altro studio (Kuehl et al., 1990), le qualità di un terapeuta descritte come più efficaci, erano la cura e la comprensione. Un cliente insoddisfatto osservò: "A volte le domande del counselor sembravano non riguardare noi. A volte era come se stesse parlando di una famiglia diversa dalla nostra" (p. 313).

Housgaard (1994) distinguendo fra gli aspetti *personali* e *collaborativi* dell'alleanza terapeutica, ha sostenuto che quelli personali sono socio-emozionali (p. 70). Inoltre i comportamenti che i partecipanti alla seduta manifestano si influenzano reciprocamente: vale a dire che la fiducia, la cordialità, la compliance e la ricettività dei clienti hanno un'azione di rinforzo e sono rinforzate dall'autenticità, dalla cordialità, dall'accoglienza, dall'imparzialità e dall'empatia del terapeuta. Come conseguenza, la relazione viene ad essere caratterizzata da reciproca forza e comprensione, con un tacito accordo sul livello accettabile di intimità e sul grado di direttività del terapeuta.

In uno studio sull'attaccamento terapeutico in terapia individuale, Saunders, Howard e Orlinsky (1989) hanno distinto l'aspetto di legame dell'alleanza di lavoro da altri due aspetti: la *risonanza empatica* e la *reciproca accettazione* (p. 323). La *risonanza empatica* ha a che fare con la compatibilità cliente-terapeuta in termini di comunicazione e riflette la percezione che il cliente ha del terapeuta come attento, comprensivo e interessato. La *reciproca accettazione*, invece, si riferisce al fatto che cliente e terapeuta possano preoccuparsi del benessere reciproco e mostrare cura e rispetto reciproci. I clienti percepiscono i loro terapeuti come accoglienti quando hanno un rapporto da persona a persona e il terapeuta appare cordiale, amabile, accettante e in accordo.

Nei seguenti due paragrafi, discuteremo le circostanze favorevoli e quelle sfavorevoli allo sviluppo di connessioni emotive forti fra terapeuta e membri della famiglia.

Legami forti ad ampio raggio

Come discuteremo nel Capitolo 7 (“Senso di uno Scopo Condiviso all’interno della famiglia”), i membri della famiglia che chiedono un trattamento volontariamente e che hanno obiettivi simili - come confrontarsi con qualcuno nella posizione di terzo problematico (in particolare, una persona assente) - arrivano senza un’eccessiva corazza difensiva e sono ben disposti ad apprezzare il terapeuta. Le connessioni emotive solide con tutti i membri della famiglia si possono ottenere in modo relativamente facile, quando la motivazione è elevata e quando i membri della famiglia vedono il trattamento come un’opportunità per migliorare le loro relazioni piuttosto che come un campo su cui combattere una battaglia.

Allo stesso modo, clienti e terapeuta riescono a connettersi emotivamente in modo più facile quando hanno esperienze di vita o background simili, valori e visioni del mondo comuni o stili di personalità complementari. In terapia individuale la connessione su questi aspetti deve avvenire solo fra due persone, mentre nella terapia congiunta di coppia o della famiglia, specialmente quando le persone si trovano in differenti stadi evolutivi (genitori, bambini piccoli, adolescenti, nonni), creare legami forti è di gran lunga più complicato.

Se il terapeuta ha lo stesso background culturale della famiglia, spesso c’è un riconoscimento immediato e una base per il rapporto. In effetti, quando i clienti hanno la possibilità di scegliere chi incontrare, spesso chiedono di essere indirizzati ad un terapeuta della stessa razza, etnia o gruppo religioso. Due giovani lesbiche, entrambe ebreo, sottolineavano che, essendo i loro problemi legati al modo in cui le loro famiglie avevano reagito al loro stile di vita alternativo, era più importante per loro che la terapeuta fosse ebrea piuttosto che lesbica. Altre coppie lesbiche o gay potrebbero invece sentirsi a proprio agio soltanto con un terapeuta dello stesso orientamento sessuale, proprio come alcuni individui con dipendenza da alcol o da sostanze si sentono più a proprio agio con terapeuta che seguono a loro volta un programma di recupero. Una madre adottiva single voleva essere seguita da un terapeuta che fosse a sua volta un genitore adottivo, per essere sicura che la depressione del figlio fosse considerata nel contesto della sua adozione, piuttosto che per questa, una sfumatura che la cliente aveva paura che non venisse colta da un terapeuta senza un’esperienza diretta di adozione (vedi il Capitolo 10 per una discussione dettagliata sulla questione della diversità).

I clienti tendono ad essere attratti da terapeuta che parlano della loro esperienza personale, specialmente quando queste esperienze sono simili alle loro. Forse ciò accade perché la somiglianza stessa rappresenta una connessione oppure perché, svelando qualcosa di personale, il terapeuta sta in effetti dicendo: “Anch’io sono una persona, qui”. Al termine di un dialogo tesissimo, Jason e Olivia guardarono imbarazzati il terapeuta, che aveva cercato di intervenire per tutto il tempo per insegnare alla coppia

(senza grande successo) a discutere in modo più produttivo. Riconoscendo la loro delusione verso loro stessi, il terapeuta osservò:

Si, so che è difficile! E il modo in cui interagiamo con le persone più importanti della nostra vita è così automatico che ciò che facciamo gli uni agli altri ci risulta alla fine impercettibile. Se aveste la possibilità di spiare i litigi fra me e mia moglie, sono sicuro che vedreste una serie di cose sbagliate che noi facciamo e delle quali non ho la minima consapevolezza.

A questo punto Jason e Olivia sogghignarono e la seduta proseguì liscia. Le confidenze che rimangono ad un livello appropriato di intimità e non sono troppo frequenti, vengono apprezzate in questo modo.

Le aperture del Sè sono uno dei modi per comunicare un'esperienza condivisa. Hoffman (1991), a proposito del valore dell'apertura, ha fatto riferimento all'espressione dei pensieri personali e "alla natura soggettiva della nostra comprensione" delle sofferenze familiari (p. 5, come citato in Flaskas & Perlesz, 1998, p. 128). Avere un background simile a quello dei clienti, permette al terapeuta una apertura empatica sulla sofferenza della famiglia che un altro terapeuta potrebbe non essere in grado di intuire. A titolo di esempio, proponiamo il caso della famiglia Baptiste che soffriva per la perdita del padre, Juan Carlos, un patriarca che si era accattivato la benevolenza di tutti i membri della sua famiglia, nonostante fosse un capo severo che usava arbitrariamente le punizioni fisiche. Ascoltando gli adolescenti della famiglia Baptiste descrivere il padre come una persona brillante, la terapeuta ripensò alla morte del proprio padre e ai sentimenti che ne derivarono. Di conseguenza, quando vide uno dei ragazzi fissare nel vuoto, aggrottando le sopracciglia, la terapeuta osservò che era normale e accettabile avere un misto di sentimenti di fronte alla morte di una persona.

Un altro terapeuta avrebbe potuto fare un intervento identico senza aver vissuto una morte difficile, tuttavia, grazie all'esperienza personale con un padre simile a Juan Carlos, gli occhi della terapeuta si riempirono di lacrime quando si confrontò con il lutto della famiglia Baptiste. Piuttosto che provare a nascondere i suoi sentimenti, disse semplicemente: "Come potete vedere, sono toccata da ciò che state passando". Anche senza esprimerlo verbalmente, il suo comportamento voleva comunicare: "So cosa vuol dire, ci sono passata anch'io".

Altri aspetti, come la genitorialità, sono più delicati. I terapeuti che sono essi stessi genitori possono sorridere insieme ai clienti per le fissazioni sulla crescita dei figli in un modo che non potrebbe capitare a un terapeuta senza figli. I clienti adulti tendono a essere piuttosto attenti all'età del terapeuta e potrebbero chiedere apertamente se il terapeuta è sposato o, più spesso, se ha figli. Quando hanno bisogno che il terapeuta sia una figura autoritaria e di sostegno, o un modello in termini di ruolo, i clienti adulti preferiscono che sia in età più avanzata rispetto a loro, in particolar modo se hanno problemi delicati come la mancanza di desiderio sessuale. Anche i clienti adolescenti tendono a notare l'età del terapeuta fin dall'inizio e i terapeuti giovani hanno un grande vantaggio con quei ragazzi che vedono i genitori come all'antica oppure "ormai andati".

In un modo simile, i terapeuti che condividono gli stessi valori o la visione del mondo con i loro clienti, possono connettersi facilmente a loro. Negli Stati Uniti ci

sono molti centri di consulenza Cristiani, che si pubblicizzano in questo modo, informando i potenziali clienti che i valori Cristiani sono una caratteristica accettabile e desiderabile della terapia. Le somiglianze di valori non devono essere così esplicite, ad ogni modo. Le persone attribuiscono uno stile di vita liberale o conservatore agli altri sulla base dell'abbigliamento, della pettinatura, del quartiere in cui vivono, persino dell'arredamento della stanza e si possono instaurare dei legami quando clienti e terapeuti fanno commenti spontanei sugli eventi politici o, più in generale, su come va il mondo. Un terapeuta creò una connessione con un cenno empatico del capo quando la cliente disse: "Sono una mamma che sta a casa. Non affiderei i miei figli ad estranei". In un altro caso, un terapeuta chiese a un cliente anziano che aveva appena perso la moglie: "Le capita di parlare con Suzanne quando si sente solo?", comunicando così un punto di connessione spirituale che non necessitava di essere elaborato per essere capito.

Una vicinanza di valori o di visione del mondo emerge anche dall'umorismo e, a un livello metacomunicativo, le battute di spirito possono comunicare ai membri della famiglia che il terapeuta li vede come persone, non come problemi (Reynes & Allen, 1987). Ridere insieme su una battuta comunica in effetti: "Siamo sulla stessa lunghezza d'onda. Vedo il mondo come lo vedi tu". L'umorismo è un potente meccanismo di "joining" e solleva l'umore in ogni contesto sociale. In terapia il buon umore può ridurre la tensione, aumentare la motivazione, facilitare la liberazione delle emozioni, rivelare le incongruenze, far esporre pensieri irrazionali e aiutare i clienti a sviluppare una valutazione più realistica sull'entità dei loro problemi (Carroll & Wyatt, 1990). A livello emotivo, il buon umore crea legami fra le persone e livella le distanze fra terapeuta e cliente. Bruce, che era in terapia di coppia su richiesta della moglie, stava trovando particolare difficoltà negli scambi verbali in terapia. Nel giro di poche settimane, sviluppò un rituale per cui iniziava ogni seduta di terapia con una barzelletta: "Ehi, dottore, ce n'ho una buona questa settimana!" L'apprezzamento scontato del terapeuta per le battute di Bruce facilitava il buon umore della seduta. Più importante, comunque, era l'implicita comprensione che aiutava Bruce ad affrontare il doloroso supplizio di provare a parlare con la moglie di ciò che egli sentiva. Cercando di accrescere questa connessione, il terapeuta di tanto in tanto diceva a Bruce: "Ne ho sentita una [barzelletta] grandiosa questa settimana e scommetto che non la sai!". Questa semplice battuta valeva ben più di dire: "Ci tengo a te. Anche se la terapia non è una passeggiata per te, tu sei importante per me".

La terza circostanza in cui si fanno facilmente connessioni emotive è quando il cliente e il terapeuta hanno stili di personalità complementari (Horvath & Bedi, 2002) che per definizione mettono a proprio agio le persone senza trasmettere ansia (Kiesler, 1983). La complementarità può essere concettualizzata in vari modi: per esempio in base al Myers-Briggs Type Indicator (Myers & McCaulley, 1985; Nelson & Stake, 1994), o riferendosi ai comportamenti "per la gestione del controllo" abbinati fra loro (cioè dominanza e sottomissione; ad esempio Friedlander & Heatherington, 1989). Non sorprende che la ricerca abbia mostrato che interazioni amichevoli che promuovono l'autonomia dei clienti sono preferibili rispetto a quelle che sono ostili e controllanti (Horvath & Bedi, 2002). I clienti con bisogni di controllo non si sentono minacciati dai terapeuti che si accontentano di condurre da una posizione arretrata, e i clienti che

preferiscono essere guidati tendono ad essere agganciati dai terapeuti che assumono il potere. Clienti che sono molto ansiosi si trovano meglio con terapeuti rilassati, e quelli timidi o restii con terapeuti estroversi che li spingono a parlare.

Una difficoltà potrebbe sorgere, quando solo alcune persone della famiglia hanno uno stile di personalità complementare a quello del terapeuta. In queste situazioni, i terapeuti che si rendono conto fin dall'inizio delle grandi differenze fra loro e alcuni membri della famiglia, cercheranno un modo per stabilire un rapporto, evitando lo scontro con le personalità problematiche. Nella famiglia Brown, per esempio, Sheilah era una matriarca di straordinario potere e il terapeuta riconobbe presto che poteva sentirsi minacciata da un intervento che comportasse la minima sfida o confronto. Sheilah aveva semplicemente troppo da perdere e avrebbe rinunciato all'opportunità di ricevere aiuto per i suoi figli, piuttosto che essere vista dagli altri membri della famiglia come sottomessa all'autorità di un esterno. Per aggirare un possibile scontro, il terapeuta trattò Sheilah come una coterapeuta, chiedendole da una posizione one-down quale fosse il modo migliore per aiutare gli altri a cambiare. Gli interventi arrivarono a qualcosa del genere: "Sheilah, credi che se chiedessimo a Stephen di annotare le giornate in cui si comporta bene a scuola, ce la farà? ... o pensi sia meglio che tu faccia tutto il monitoraggio tramite il consulente di riferimento?"

Quando i membri della famiglia si connettono a livello emotivo con il terapeuta, la seduta è pervasa da un senso di benessere: a livello non verbale, i clienti possono mantenere un buon contatto visivo con il terapeuta o possono sedersi in una posizione che rispecchia il linguaggio corporeo del terapeuta; come già discusso, potrebbero scherzare o fare battute simpatiche al terapeuta; oppure porgli domande personali - "Anche i suoi figli vanno a scuola in questo quartiere? Ha mai provato il nuovo ristorante italiano in fondo alla strada?"-, o dimostrare attenzione, fiducia o affetto in altri modi. Ad esempio, possono portare piccoli regali, mostrare foto della loro casa, o dire cose personali, come: "Vogliamo dirti della spiaggetta che abbiamo scoperto in vacanza. Piacerebbe anche a te".

Gli indicatori comportamentali di una scarsa connessione con il terapeuta includono: evitare il contatto visivo, rifiutarsi di parlare se interpellati, rispondere in maniera ostile o accusare il terapeuta di incompetenza o inadeguatezza. Nel seguente paragrafo discuteremo diverse circostanze che possono mettere in difficoltà o in crisi l'abilità del terapeuta di stabilire un legame emotivo con i membri della famiglia.

Quando connettersi diventa il problema

Se consideriamo le connessioni emotive alla pari del ritmo e gli interventi terapeutici come la melodia, il fatto di credere che siano gli interventi forti quelli determinanti per la composizione della "musica", rappresenterebbe una mancanza di preoccupazione per la qualità delle nostre connessioni con i membri della famiglia. In molti casi è così. In circostanze come quelle descritte precedentemente, le connessioni emotive si verificano facilmente e naturalmente, specie con clienti ad alto funzionamento e volontari. Quando però la famiglia e il terapeuta hanno valori o background culturali ed

esperienze di vita differenti, o stili di personalità oppure modi di entrare in relazione discordanti, la difficoltà a stabilire una connessione emotiva può prendere velocemente un posto centrale. Il ritmo problematico sovrasta la melodia, per così dire.

La connessione può essere problematica per molte ragioni; i terapeuti che privilegiano le loro priorità o che sono freddi o irritabili tendono a non piacere (Horvath & Bedi, 2002). Gli stili complementari di entrare in relazione possono essere armoniosi in alcuni frangenti, ma in altri possono perpetuare circoli viziosi negativi, come quando terapeuti ottimisti provano a lavorare con famiglie pessimiste o quando terapeuti moralistici cercano di lavorare con membri della famiglia che tendono ad accusarsi a vicenda (Rait, 1995).

La povertà di alcune connessioni ha più a che fare con le qualità del sistema familiare o la natura dei suoi problemi, piuttosto che con la negatività del terapeuta o la mancanza di un terreno comune. La pseudomutualità (falsa unità che maschera i conflitti e blocca la vera intimità) e la disfunzionalità nella comunicazione in molte famiglie disturbate, rende spesso incredibilmente frustrante per i terapeuti trovare un punto di connessione (L. Wynne, Ryckoff, Day, & Hersch, 1958). La famiglia Sanz, per esempio, era stata accolta in un'unità ospedaliera a seguito dell'esordio psicotico del figlio, Theodore. Nonostante l'umore maniacale, il linguaggio incoerente e la fuga delle idee che Theodore presentava, il terapeuta trovò impossibile portare l'attenzione dei genitori sulla necessità del trattamento. Piuttosto, alla ricerca disperata di un segno di normalità, i genitori mostrarono entusiasmo al desiderio di Theodore di fare un viaggio all'Ovest. Andando avanti la seduta, il solo argomento su cui i tre membri della famiglia potevano concentrarsi era quando e come Theodore fosse andato in California. Ogni tentativo del terapeuta di riportare la conversazione sui binari veniva deviato da un qualunque membro della famiglia che apparentemente vedeva l'incontro come un'occasione sociale piuttosto che una consulenza per il trattamento. Con il procedere della seduta, il terapeuta era incredulo per ciò che stava accadendo, paralizzato dall'apparente disinteresse per la gravità dei disturbi del figlio.

Le persone non devono arrivare ad avere una psicosi per produrre un crollo della connessione emotiva. Molti problemi clinici possono mettere in crisi l'abilità del terapeuta di empatizzare, come ad esempio le molestie nei confronti di un bambino o altri tipi di violenza domestica. In tali situazioni, l'autorità del terapeuta di solito ricopre un ruolo centrale. Quando l'interesse e il rispetto vengono comunicati parallelamente all'autorevolezza, aumenta la probabilità di creare un legame.

Alcune famiglie riescono a connettersi ragionevolmente bene con il terapeuta fin dall'inizio della terapia, ma si ritraggono gradualmente al sorgere delle difficoltà di relazione, e se queste si cronicizzano, abbandonano il trattamento. Problemi di questo tipo riflettono la natura della crisi familiare. Quando ci si trova in una situazione a somma zero (esempio divorziare o no; v. Capitolo 12) e sembra che non ci sia possibilità di un risultato vincitore-vincitore, i clienti alla fine iniziano a competere per l'attenzione e la preoccupazione del terapeuta. Anche se il terapeuta riesce ad evitare di prendere una posizione in questo tipo di triangolo, i membri della famiglia potrebbero non vederla nello stesso modo. In un caso emblematico, quando i sentimenti controtransferali del terapeuta crescevano al punto da non riuscire a vedere i membri della famiglia se non in termini di aggressori o vittime, la famiglia intuì questi senti-

menti e agì di conseguenza (vedi Capitolo 13 per una discussione più approfondita sul controtransfert).

I terapeuti commettono errori. Alcuni errori possono effettivamente bloccare il coinvolgimento della famiglia in terapia, soprattutto se i clienti sentono che lo sbaglio non è dovuto a un errore di valutazione, ma piuttosto a mancanza di cura o preoccupazione. Quando la relazione terapeutica è solida, gli errori possono essere tollerati più facilmente. Purtroppo, quando i membri di una famiglia problematica si incontrano, possono verificarsi episodi che anche il terapeuta più abile può non prevenire.

Prendiamo in considerazione la famiglia Graves. Il diciannovenne Nick era diventato sempre più irritabile e aggressivo man mano che si avvicinava all'età adulta, al punto da dover essere ricoverato più volte. Sentendo di non giungere da nessuna parte nella terapia individuale con Nick, il terapeuta richiese un incontro familiare. Nei primi 15 minuti della seduta, quando Nick iniziò a dire che proprio non riusciva a superare la morte del padre (che era avvenuta 4 anni prima), esplose subito una crisi: furioso per lo sguardo di compiacenza della madre mentre raccontava quanto gli mancasse il padre, Nick esplose. Accusò la madre di aver spinto il padre al suicidio. Questo confronto avrebbe potuto avere una valenza terapeutica per Nick, ma le due sorelle minori furono profondamente scioccate dall'apprendere per la prima volta che il padre si era suicidato e, per di più, si era sparato in testa. Vedendo le sorelle inorridite, Nick fu sopraffatto dal senso di colpa e corse fuori dalla stanza. Senza esitare un attimo, Anthea Graves scatenò la sua furia sul terapeuta, sconvolta dal fatto che le sue figlie minori erano state informate di questi avvenimenti in un modo così brutale. Anthea urlò che il terapeuta non sapeva cosa stesse facendo, che era stato così incompetente da insistere che tutta la famiglia prendesse parte all'incontro, che ora toccava a lei gestire *tre* figli emotivamente disturbati, e così via.

Non tutti possono essere aiutati. Quando i clienti si mettono nelle mani dei terapeuti, comunque, i terapeuti devono fare di tutto per trovare il modo di andargli incontro.

Il joining e l'uso empatico del sé

Nella letteratura sulla terapia familiare, gli autori si sono preoccupati molto più di come coinvolgere e mantenere in trattamento le famiglie, piuttosto che di come stabilire un legame emotivo con loro. Fra i primi teorici, Salvador Minuchin (1974; Minuchin & Fishman, 1981) era un vero esperto sui modi specifici per agganciare un sistema familiare prima di ristrutturare i confini e le alleanze fra i membri della famiglia. Nel modello strutturale, il terapeuta dovrebbe includersi nel sistema familiare (Minuchin, Montalvo, Guerny, Rosman, & Schumer, 1967) adottando gli abituali modelli di interazione della famiglia. Sebbene questo processo avvenga in un certo senso naturalmente, il terapeuta deve consapevolmente tenere conto dei comportamenti dei clienti -così come si manifestano in seduta- e adeguarsi al passo, al ritmo e ai modelli d'interazione ideosincratici della famiglia.

Seguendo le interazioni, il terapeuta strutturale osserva i modi in cui i clienti si siedono, si scambiano o evitano il contatto visivo con gli altri e anche come descrivono gli argomenti che si presentano. Per stabilire un terreno comune, il terapeuta adotta il linguaggio della famiglia (esempio: i figli chiamano i genitori *mamma* e *papà*, o con il loro nome proprio?), segue i temi così come emergono dalla conversazione e intuisce i valori della famiglia da come se li descrivono reciprocamente. Una coppia gay tendeva ad usare spesso la parola *onesto* per descrivere diversi membri supportivi della famiglia. Alla fine di una delle prime sedute con loro, il terapeuta riassunse la sua percezione in questo modo: “Mentre entrambi soffrite molto per le litigate che fate, onestamente, penso che voi due abbiate un bel po’ di strada da fare come coppia. Voglio essere aperto e franco, comunque, e dirvi che potrebbe continuare ad essere dura per un po’, prima di iniziare a vedere alcuni cambiamenti concreti”.

In un processo chiamato *mimesi* da Minuchin (1974), il terapeuta diventa deliberatamente un membro della famiglia nel modo di parlare, nel linguaggio del corpo e nel contatto visivo, rivelando anche punti di somiglianza (ad esempio: “Sì, mi rendo conto. Io stessa sono una terribile procrastinatrice”). L’accomodamento comprende anche il fatto di seguire i pattern di transazione tipici della famiglia, rispettando la gerarchia esistente e chiedendo l’autorizzazione ai cambiamenti. Solo comportandosi in modo congruo con i pattern transazionali attuali della famiglia, il terapeuta può guadagnarsi la fiducia della famiglia stessa. Minuchin paragonò il processo di accomodamento al comportamento di un antropologo che entra in contatto con una cultura straniera. Inferendo i modelli di regolazione e poi obbedendo alle regole della cultura, l’antropologo dimostra buona fede alla comunità.

Sebbene i terapeuti strategico-strutturali dispongano di numerose tecniche comportamentali per il “joining” con la famiglia, questi comportamenti sono considerati come strategie o atteggiamenti (Minuchin & Fishman, 1981) piuttosto che come empatia. Ancora, le strategie comportamentali sono state considerate ben più importanti nel nostro ambito rispetto all’espressione emotiva di cura e interesse (Flaskas, 1989). Coerentemente con questa osservazione, la ricerca descrittiva sul lavoro dei pionieri nel campo ha dimostrato che, a differenza dei terapeuti individuali, questi terapeuti familiari tendevano a usare poco il rispecchiamento dei sentimenti o altri interventi che sono comunemente associati alla risonanza empatica (Friedlander et al., 1985).

In effetti, la parola *empatia* non appare tanto frequentemente nella letteratura sulla terapia familiare. Forse, come è stato sottolineato da Flaskas (1989) l’assenza di attenzione per la relazione empatica non è dovuta tanto al fatto di sminuire l’importanza delle emozioni, quanto alla difficoltà di pensare ai sentimenti da una prospettiva sistemica, vale a dire “in un ambiente che privilegia le tecniche, gli interventi miracolosi e le virtù assolute della cibernetica” (p. 1). Inoltre, dal momento che il termine *empatia* implica linearità, Flaskas suggeriva di parlare di *interazioni emotive*, che si riferiscono a un processo interpersonale piuttosto che a una qualità personale o a una comunicazione unilaterale.

In un certo senso, l’empatia viene comunicata dal monitorare i comportamenti accomodandosi ad essi, ma il punto fondamentale è agire *dall’interno* del sistema, piuttosto che come una forza esterna (Real, 1990). Dall’interno del sistema, ci sono numerosi modi per connettersi alle famiglie a livello emotivo. Per esempio, i terapeuti

possono commentare quanto sia difficile cambiare, raccontare storie che metaforicamente comunichino comprensione o semplicemente ricordare fatti salienti della famiglia dalla prima seduta alle sedute successive. Infatti, richiamare accuratamente le cose che i clienti hanno detto nelle sedute precedenti rappresenta un'affermazione potente: "Siete unici" e "Ho pensato a voi". Ne sono un esempio il ricordare i nomi e le età di membri della famiglia che il terapeuta non ha ancora conosciuto, o che uno dei nonni doveva operarsi o che il ragazzo diciassettenne doveva prendere la patente la settimana scorsa. I terapeuti possono anche aumentare la connessione dei clienti verso di loro, esprimendo preoccupazione per quello che stanno attraversando come famiglia ("È così duro vedere i propri genitori invecchiarsi e indebolirsi - fa proprio paura, credo") e facendo domande su di loro come persone, indipendentemente dai problemi che li hanno portati in terapia. Un breve scambio di battute personali in maniera amichevole comunica apprezzamento per il cliente, nonostante la difficoltà della seduta (ad esempio: "Stavo giusto ammirando le tue scarpe funky. Sono nuove?"). Altri modi di connettersi includono commenti su valori e prospettive comuni, o domande riguardo la cultura, le tradizioni o lo stile di vita della famiglia. Naturalmente, un'espressione genuina di piacere alla vista della famiglia, o per il lavoro fatto insieme, vale più di mille parole, tipo: "Ne è passato di tempo dall'ultima volta! È bello rivedervi!"

Al di là dell'aggancio e dell'empatia iniziali con i membri della famiglia, i legami emotivi devono essere abbastanza forti da attraversare gli alti e bassi del cambiamento terapeutico, in particolare quando le persone sono chiamate a correre rischi emotivi tra loro. Una delle più importanti considerazioni in merito è la necessità di evitare di imbarazzare o umiliare i clienti, quando si mette in discussione o si fanno appunti al loro comportamento. Questo significa non chiedere troppo alle persone quando si assegnano compiti a casa, e non criticarli o biasimarli se non hanno completato il compito. Gli scontri diretti sono di gran lunga più rischiosi di quelli indiretti e - infatti - la ricerca sul comportamento dei terapeuti familiari esperti, ha evidenziato che le comunicazioni indirette, quelle che non faremmo mai tra persone educate, sono piuttosto comuni in terapia familiare (Friedlander et al., 1987).

Caso illustrativo: introspezione vicariante

Come esempio, consideriamo come una terapeuta ha gestito la seguente situazione. Amy, 10 anni, era in ospedale con una grave febbre di origine sconosciuta. La madre Carla era rimasta accanto al suo letto per giorni, mentre il padre Frank era fuori città per affari. Al suo ritorno Frank andò direttamente in ufficio, senza fermarsi in ospedale a trovare la figlia. Carla arrivò alla successiva seduta di terapia di coppia che era ancora furiosa nei confronti di Frank, con tutte le premesse per uno scontro feroce. Il fatto che Frank utilizzasse il lavoro per evitare l'intimità, era un vecchio motivo di scontro fra loro sul quale avevano già discusso in terapia molte volte. Fieramente indignata, Carla guardò il terapeuta negli occhi e lo sfidò: "Bene, chi ha ragione su questo?"

La terapeuta, su due piedi, capì dall'espressione piena di vergogna che Frank era dispiaciuto per quello che aveva fatto. Si pensi a come Frank avrebbe potuto sentirsi

se la terapeuta l'avesse accusato di fronte alla moglie così: "Con questo atteggiamento ritirato, stai mettendo in pericolo sia la relazione con tua moglie che con tua figlia, ". Invece, la terapeuta poté rivolgersi a Carla e dire indirettamente: "Ho il sospetto che Frank sappia che tenersi lontano da te e dalla figlia in un momento come questo sia veramente rischioso, e penso anche che non ne sia affatto contento. Forse è addirittura preoccupato che a lungo andare possa essere messo in pericolo ciò su cui voi due avete lavorato insieme tanto duramente". Questo messaggio indiretto lancia una critica a Frank, ma in un modo empatico, che probabilmente può essere accettato di più rispetto a un confronto diretto.

Qui di seguito c'è un' ipotetica conversazione con Carla e Frank:

Carla: [alla terapeuta] Bene, chi ha ragione su questo? Io non posso più andare avanti in questo modo. Se lui non fosse venuto in caso di ...

Terapeuta: Vedo che questo ti fa ribollire da matti

Carla: Eh si!

La terapeuta deve riconoscere i sentimenti di Carla prima di intervenire, dal momento che non ha intenzione di rispondere direttamente alla domanda di Carla su chi ha ragione e chi ha torto in questa situazione. L'empatia a livello profondo viene mostrata dalle parole della terapeuta *ribollire da matti*, che rivelano la sua comprensione che Carla è ben più che arrabbiata. Infatti, è su tutte le furie.

Terapeuta: [A Carla] Lascia che ti chieda questo. Ho il sospetto che Frank sappia che tenersi lontano da te e dalla figlia in un momento come questo sia veramente rischioso, e penso anche che non ne sia affatto contento. Forse è addirittura preoccupato che a lungo andare possa essere messo in pericolo ciò su cui voi due avete lavorato insieme tanto duramente. Vediamo se possiamo capire cosa lo ha tenuto lontano.

Carla: [arrabbiata] Bene, lui lo dovrebbe sapere...

A questo punto, la terapeuta ha bisogno di impedire a Carla ulteriori attacchi ostili. Carla tuttavia ha bisogno di incoraggiamento per abbandonare uno stato emotivo tanto intenso e consentire che l'intervento della terapeuta abbia un impatto sia su di lei che su Frank.

Terapeuta: [interrompendo] Scusa se ti interrompo un attimo. Aspetta! Puoi pensare per un momento a quello che ti ho chiesto?

Carla: [pausa] Vuoi dire sul fatto che Frank è preoccupato? [più calma]

Terapeuta: Sì.

[Silenzio]

Carla: [Più piano] Non so [Si gira a guardare Frank]

Terapeuta: Frank?

Frank: [dolorosamente, rivolto verso la terapeuta] Beh, io... hai detto "mandare in rovina la mia relazione" e io...

Terapeuta: Io penso di aver detto "mettere in pericolo", ma cosa ne pensi tu?

Frank intuisce chiaramente le conseguenze potenzialmente disastrose del suo comportamento in questa circostanza, come rivelato dall'aver sostituito con la parola "rovina" l'espressione più moderata della terapeuta "mettere a rischio". La terapeuta lo corregge, non per evidenziare un suo errore, ma per suggerire che le cose non sono così gravi.

Frank: [silenzio] Veramente non saprei.

Carla: [arrabbiata con Frank] Cosa significa "non saprei" ?!

Dovendo frenare la rabbia di Carla prima che esploda di nuovo, la terapeuta ha interrotto, decidendo di salvare Frank parlando con lui. La vergogna e il senso di colpa di Frank sono facilmente visibili sulla sua faccia e la terapeuta capisce che Frank ha bisogno di aiuto per esprimersi. Se Carla avesse continuato con la stessa vena, infuriata per il farfugliamento di Frank, avrebbe detto delle cose indelebili.

Terapeuta: Carla, mi sembra che Frank stia passando un brutto momento per questo. Guardalo [Carla si gira a guardare Frank]. Mi posso sbagliare, ovviamente, ma penso che ci sia una richiesta di scusa che cerca di venir fuori, Frank?

Frank: Sì [a voce più alta]. Lo stavo per dire!

Carla: Certo che sì!

Terapeuta: Carla, so che ti senti ancora ferita, ma vediamo cosa Frank prova riguardo a tutto questo. Lo sto aiutando a parlare con te di questo.

Carla: Va bene.

In questo momento la terapeuta doveva impedire a Carla di attaccare Frank di nuovo. Il messaggio precedentemente descritto era allo stesso tempo una frase empatica verso Carla e un forte messaggio indiretto per Frank, che gli diceva che ora doveva proprio parlare. Si noti che la terapeuta propone che Carla è ferita, non che è arrabbiata, anche se fino a quel punto Carla non ha espresso dolore. Inserendo il termine "ferita" nel quadro generale, la terapeuta dà a Frank uno sprone a parlare con Carla, cosa che non si sarebbe sentita di fare se l'avesse vista semplicemente furiosa.

Frank: Bene, mi... mi *dispiace*. Non so a cosa pensassi. Ero semplicemente tanto preoccupato per Amy.

Carla: Allora perché...

Terapeuta: Lascialo finire, per favore. Frank...

Frank: Non lo so, il perché! Ero spaventato, penso.

Carla: Beh, lo ero anch'io!

La terapeuta sta iniziando ad essere infastidita da Carla perché sta continuando con l'atteggiamento moralistico e accusatorio, senza riconoscere o apprezzare l'enorme sforzo che Frank sta facendo per accettare la responsabilità dei suoi errori. Realizzando che si sentiva più in sintonia con Frank che con Carla, la terapeuta ha deciso di parlare a entrambi come coppia.

Terapeuta: Carla, Frank, aspettate. È davvero arduo tutto ciò. So che state soffrendo entrambi, e che entrambi siete preoccupati a morte per Amy, ma non vi state ascoltando a vicenda. Entrambi state male, *male*, MALE per questo. Facciamo un passo indietro e vediamo quanto ciascuno di voi comprende ciò che prova l'altro, ok? [*pausa*] Frank, cosa è successo con Carla proprio ora, proprio questo minuto?

La decisione di chiedere a Frank di mostrare comprensione empatica per Carla è intenzionale. La terapeuta inizia con Frank piuttosto che con Carla per riequilibrare la scala emotiva, avendo riconosciuto che nella sequenza precedente si sentiva troppo dalla parte di Frank, vedendolo come lo sconfitto. Chiedendo alla coppia di parlare direttamente a lei piuttosto che fra loro, la terapeuta dà a ciascun partner lo spazio per ascoltare, pensare e calmarsi.

Stavolta Frank raccoglie il suggerimento e descrive il livello di rabbia, dolore, paura e abbandono che immaginava Carla sentisse quando lui non era con lei in ospedale. Ascoltandolo, Carla rimane colpita da parole come *paura* e *abbandono*, sentimenti che aveva sentito, ma che aveva tenuto nascosti a Frank e perfino a se stessa. Riconoscendo le scuse implicite e la richiesta di perdono di Frank, Carla inizia a piangere. Ora, la terapeuta vede che il punto di svolta emotivo che stava sperando era stato raggiunto. Dopo aver fatto cenno a Frank di abbracciare Carla, la terapeuta rimane in silenzio. Quando Frank si muove verso Carla, questa libera tutta la sua sofferenza. Si abbandona fra le braccia di lui, stringendolo forte, concedendosi alla fine di essere confortata.

Spontaneamente, allora, Frank inizia a parlare col cuore in mano dei suoi dubbi e della sua insicurezza, della sua sensazione che sarebbe stato “di ostacolo” in ospedale, del fatto che si sente *sempre* “di ostacolo”. Pensava che non avrebbe potuto fare niente per Amy e Carla, e ora vede di aver razionalizzato il suo allontanarsi per evitare le sue paure schiaccianti per la figlia e il suo senso di impotenza in quella situazione. Questi erano pensieri e sentimenti di cui Carla non aveva avuto il minimo sentore, e ascoltare Frank mentre li esprime, la fa sentire molto meglio.

In questa situazione, la terapeuta è riuscita ad evitare di alienarsi l'uno o l'altro coniuge, ripercorrendo nella sua mente il seguito del processo, mentre Carla esprimeva animatamente la sua contrarietà e le sue accuse. La prima reazione della terapeuta era stata di orrore nei confronti di un padre che era stato così “freddo” da “abbandonare” moglie e figlia in una circostanza così rischiosa. Poi, la terapeuta ricordò che Frank le piaceva e lo aveva sempre visto come una brava persona che faceva di tutto per prendersi cura della sua famiglia. Vedendo il suo volto mortificato quando la moglie aveva inveito contro di lui, la terapeuta si domandava perché Frank si fosse comportato così male. Effettivamente era uno “stakhanovista”, ma quell'epiteto non spiegava il suo comportamento in questa circostanza. Essendo madre a sua volta, per la terapeuta sarebbe stato facile schierarsi dalla parte di Carla e infatti aveva pensato: “Se fossi al posto suo, sarei anche io incredibilmente furiosa con lui. Non avrei potuto tollerare una cosa del genere in mio marito”.

Il successivo pensiero della terapeuta era stato: “Ma se *fossi stata* io, sarei stata ugualmente triste e impaurita e magari avrei pensato che mio marito non fosse l'uomo che credevo. Avrei pensato che non potevo fare marcia indietro a quel punto, e ma-

gari avrei concluso di doverlo lasciare. Forse è inevitabile”. Con questa introspezione vicariante, la terapeuta ha riconosciuto quanto potesse essere spaventata Carla dietro la manifestazione di una rabbia spavalda. Comprendendo questo, la terapeuta ha realizzato che il modo scelto per rispondere alla provocazione di Carla avrebbe comportato conseguenze importanti, potenzialmente irreversibili per questa coppia, specialmente se per salvare la faccia Carla avesse avuto bisogno di spingere la questione oltre un punto di non ritorno. Se la terapeuta avesse trovato il modo di permettere a Frank di spiegarsi, forse anche di chiedere scusa, allora Carla avrebbe potuto fare un passo indietro consentendo a entrambi la possibilità di una qualche comprensione reciproca.

L’empatia non c’entra con la simpatia; né con il semplice mostrare preoccupazione. Fondamentalmente, l’empatia riguarda la comprensione (Nichols, 1987) o la creazione di significati condivisi attraverso cui le persone vengono a conoscersi reciprocamente (Weingarten, 1992). Nell’esempio presentato, la terapeuta ha osservato la sofferenza sulla faccia di Frank e capito che stava male per il suo comportamento. Inoltre, si era anche calata nei panni di Carla e aveva realizzato che difficilmente avrebbe potuto fare un passo indietro, dopo aver descritto il comportamento di Frank come imperdonabile.

Questa vignetta illustra l’uso strategico della “realtà percepita” come descritto da Hardham (1998):

Le nostre emozioni o le realtà percepite possono essere comprese solo nella relazione. Cioè posso cogliere il senso della mia realtà percepita solo nel contesto di [una] particolare relazione terapeutica... La mia realtà percepita rappresenta il modo più immediato di essere incluso all’interno della relazione. Le nostre realtà percepite (o emozioni) possono anche essere il modo più significativo in cui veniamo incarnati¹ ... Comprendere la nostra realtà percepita significa comprendere il collegamento fra il nostro essere inclusi nella relazione e il nostro essere incarnati. Per dare un senso sistemico alla nostra realtà percepita nelle relazioni, dobbiamo affrontare il modo in cui le nostre costruzioni relazionali, culturali e teoriche plasmano la nostra esperienza individuale e il modo in cui la nostra realtà percepita forgia le nostre relazioni e la pratica. La nostra realtà percepita, basata sulle nostre reazioni pre-riflessive e sulle nostre riflessioni teoriche razionali (anche se “dimenticate”), è ciò che viene messo in scena nel processo della terapia. L’espressione della nostra realtà percepita è l’uso del sé nella relazione (p. 80).

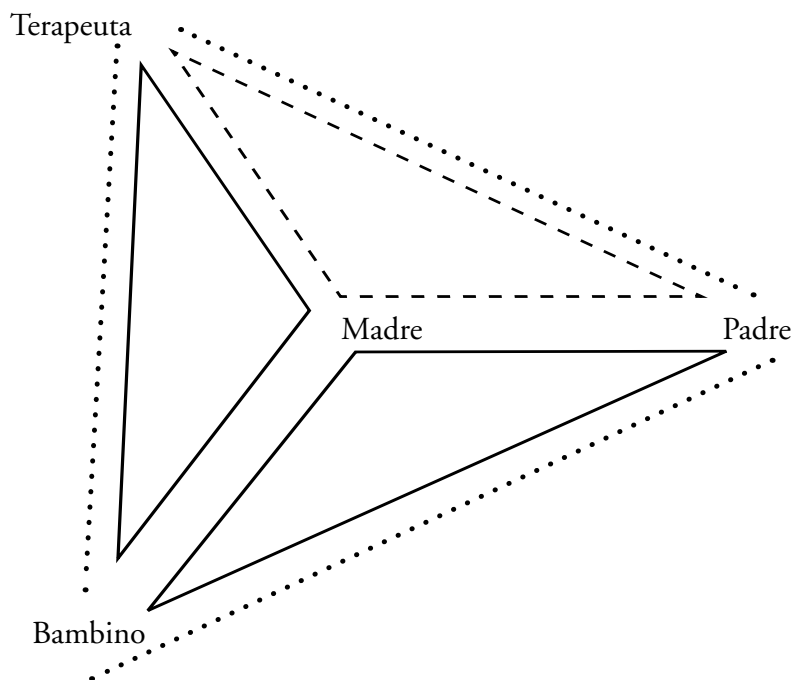
Ogni volta che il terapeuta usa il sé, sia consapevolmente che inconsciamente, sta vivendo una realtà percepita in uno specifico contesto terapeutico (Hardham, 1998). Se distaccati dalla consapevolezza dei propri valori, reazioni e dei sentimenti incarnati, i terapeuti corrono il rischio di diventare “tecnocratici e impersonali” (p. 82). Quando il terapeuta non reagisce su un piano emotivo, la terapia è priva di quell’umanità che è un prerequisito necessario al cambiamento.

¹ N.d.T. Lasciamo la traduzione letterale *embody*=incarnare come riferimento adeguato al contesto del discorso se ci si riferisce all’ipotesi di Gallese e alla sua terminologia sulla funzione dei *mirror neurons* nelle relazioni umane: essi permetterebbero di “incarnare” a livello delle rappresentazioni il comportamento dell’altro - e la sua esperienza- senza imitarlo. Si tratta di un correlato neurologico dell’intersoggettività.

Essere presenti

Non è sufficiente agganciare la famiglia all'inizio del trattamento o esprimere empatia quando le persone soffrono. Un'intensa connessione emotiva è l'analgescico per attenuare la sofferenza dei cambiamenti potenzialmente precipitosi nel processo terapeutico. Dopo tutto, i terapeuti chiedono ai clienti di correre enormi rischi con le persone a loro più vicine e le conseguenze di questi rischi possono essere disastrose o liberatorie. Per correre tali rischi, i clienti hanno bisogno di essere sicuri che il terapeuta crede in loro, applaude ai loro sforzi e gioisce dei loro successi o si dispiace per gli insuccessi.

Figura 5.1: Triangoli interconnessi in un sistema terapeutico di quattro persone



Quando il terapeuta si unisce a una coppia, il sistema passa da diade a triade. Quando ci sono tre membri in una famiglia, il sistema terapeutico è terapeuta + gruppo familiare e il terapeuta è un estremo di 4 triangoli emotivi interconnessi (vedi figura 5.1). Con quattro membri della famiglia, ci sono 4 triangoli all'interno della famiglia e 10 triangoli aggiuntivi quando il terapeuta entra nel sistema. In altre parole, la crescita esponenziale del numero dei sottosistemi triadici, riflette la complessità di sviluppare e sostenere relazioni emotive positive all'interno di un sistema familiare dominato dai conflitti.

I sottosistemi triangolari sono interdipendenti e la flessibilità rappresenta l'approccio essenziale per mantenere il sistema più libero possibile da tensioni che inibiscono la crescita (Bowen, 1976). Come membro più nuovo del gruppo, il terapeuta ha la maggior flessibilità per influenzare le tensioni affettive fra i membri del gruppo familiare e in ciascuna diade. Per fare questo, deve costantemente spostare la propria posizione

emotiva, avvicinandosi e allontanandosi come richiesto dal processo (Minuchin & Fishman, 1981).

Il caso seguente illustra l'uso dei triangoli nella regolazione del processo emotivo della terapia. I Lopez, Jenri e Angelina, si sforzavano tenacemente di adattarsi ai rapidi cambiamenti dell'adolescente Milvia, che aveva 14 anni, mentre avevano ancora vivo il dolore per la perdita della figlia maggiore, Ana, morta di cancro due anni prima. Quando Milvia si rifiutò di partecipare alla prima seduta di terapia, Jenri e Angelina vennero da soli. Allora, la connessione terapeutica iniziale fu con la coppia che, da genitori, erano insieme offesi e feriti dal comportamento della figlia. Descrissero la figlia come "sboccata" a casa, un fallimento a scuola e un'emarginata nel gruppo dei pari.

Con una certa riluttanza mista a spavalderia, Milvia arrivò alla seconda seduta. Il suo silenzio era più che eloquente, mentre sedeva sprofondata sulla sedia, con le braccia conserte e un berretto da baseball che le nascondeva gli occhi abbassati. Incapace di coinvolgere Milvia in un dialogo, seppur breve, il terapeuta reindirizzò la seduta. Chiese a Milvia di aiutarlo a costruire un genogramma della storia familiare. Tutto quello che doveva fare era disegnare cerchi, quadrati e linee, guidata dal terapeuta. Il terapeuta chiarì che Milvia non era tenuta a commentare quanto veniva discusso.

Sviluppando il genogramma, il terapeuta coinvolse i genitori in una chiacchierata informale sul background e sulle relazioni di tutti i membri della famiglia estesa. Man mano che la seduta andava avanti, Milvia iniziava a fare commenti su quello che veniva detto, correggendo gli errori dei genitori. Alla fine stabilì un contatto visivo con loro, quando prendevano amichevolmente in giro questo o quel membro della famiglia.

Verso la fine della seduta, il terapeuta ringraziò Milvia per il suo aiuto. Dal momento che, in risposta, aveva annuito sorridendo, il terapeuta decise di provare a connettersi emotivamente a lei in modo personale. "Milvia" gli disse "sembra che tu ricordi gli avvenimenti della famiglia meglio di mamma e papà. Questo mi fa pensare che tu avresti molto da dire su di loro. Ma, probabilmente no... [pausa] non penso che tu sia abbastanza pronta per lasciarmi entrare in quello che tu provi". A quel punto Milvia iniziò un discorso frenetico e acceso su quanto i genitori fossero fuori strada: lei *non* aveva alcun problema. *Loro* avevano tutti i problemi. E, comunque, chi pensavano fosse? e "Io non sono la 'piccola Ana perfetta'!". Al sentire queste parole, il terapeuta spostò la propria sedia per mettersi di fronte a Milvia in modo da ostruirle la vista dei genitori. Parlando piano e pesando le parole, disse: "No, certo, che non sei Ana. E *non* *dovresti esserlo*. Non abbiamo il tempo di affrontare questo oggi ma, se me lo concedi, alla fine vorrei aiutarti a spiegare tutto questo ai tuoi genitori, che forse non l'hanno colto. E se così fosse, è necessario che lo facciano". Milvia, in tutta risposta, cercò di trattenere una lacrima e il terapeuta, senza permetterle di rispondere, chiuse rapidamente la seduta.

Questa vignetta illustra l'utilizzo da parte del terapeuta dei triangoli emotivi per connettersi prima con i genitori e poi con l'adolescente oppositivo. Il legame con i genitori era iniziato in prima seduta: tre adulti che ragionano insieme per cercare di capire come agganciare una figlia problematica. Quando Milvia si è unita ai genitori nella seconda seduta, ha proposto chiaramente che non avrebbe avuto niente a che fare con un processo emotivo nel quale era stata identificata come il problema. Modellando la flessibilità, il terapeuta ha reindirizzato la seduta, includendo il contributo di Milvia

in un compito semplice e non emotivo, che le ha permesso di essere partecipe, ma di rimanere periferica.

In un primo momento, Milvia è stata a guardare la maniera semplice e divertente con cui il terapeuta discuteva con i suoi genitori delle relazioni con i nonni, le zie, gli zii e i cugini. Poi, quando Milvia si è sciolta abbastanza da ironizzare con i genitori sulle fissazioni di alcuni membri della famiglia, il triangolo padre-madre-figlia si è ricomposto, questa volta con il terapeuta sullo sfondo. Avvertendo l'energia positiva del sistema, il terapeuta ha corso il rischio di parlare direttamente e personalmente con Milvia, complimentandosi subito con lei per la sua memoria e poi proponendole una posizione in famiglia che le concedeva autorità. Quando Milvia ha reagito con rabbia, concedendo finalmente una chiave di lettura sul perché si sentiva ferita ("Non sono la loro 'piccola Ana perfetta'!"), il terapeuta si è alleato con lei, offrendole supporto nella battaglia che lei voleva combattere, cioè, porre fine alla competizione con la sorella morta.

Concludendo la seduta bruscamente dopo la rivelazione dolorosa di Milvia, il terapeuta le ha concesso spazio e privacy, modellando la sensibilità. Vale la pena sottolineare anche un altro aspetto del lavoro del terapeuta in questa seduta. Egli ha espresso i suoi pensieri su Milvia in un modo personale, delicato e trasparente. La trasparenza costruisce connessioni, mentre la reticenza le minaccia.

Con il proseguimento della terapia, da allora il terapeuta si è avvicinato o allontanato da ciascuna diade della famiglia, in funzione di ciò che richiedeva il contenuto delle discussioni. Ad esempio, il terapeuta ha incoraggiato madre e figlia a parlare delle "cose da ragazze", scherzando con Jenry del fatto che loro due (Jenry e il terapeuta) "non riuscivano a capire quelle cose". Successivamente, il terapeuta ha aiutato Angelina a restare un po' in disparte, mentre padre e figlia parlavano del coinvolgimento di Jenry nella squadra di calcio della figlia. Alla fine, due sedute dopo, Milvia era finalmente pronta per dire alla madre che si sentiva al secondo posto, rispetto alla sorella maggiore morta. Il terapeuta prima ha supportato Milvia nel suo diritto di esprimersi e poi ha sostenuto Angelina sul fatto che fosse davvero duro per lei ascoltare cose del genere. Quando Jenry saltò su per difendere la moglie, il terapeuta gli disse: "Noi maschi dobbiamo fare un passo indietro e osservare mentre se la risolvono da sole. So che ce la possono fare!" Dopo un po', Angelina in lacrime si è scusata con la figlia per averla posta in una competizione che non poteva vincere. Quando Milvia, in lacrime anche lei, è andata ad abbracciare la madre, il terapeuta ha fatto cenno a Jenry di avvicinarsi e unirsi al loro sfogo emotivo.

Conclusioni

Quando le coppie e le famiglie arrivano alla consapevolezza che hanno bisogno di un aiuto professionale perché la vita insieme è diventata ingestibile, sono comprensibilmente preoccupate per ciò che verrà detto in terapia. Come verrà inquadrato il problema? Qualcuno sarà accusato? C'è qualche speranza? Sebbene all'inizio del trattamento i membri della famiglia sono preoccupati di come sarà il terapeuta e di quanto sarà bravo, è improbabile che il loro primo problema sia stabilire un legame emotivo con

lui. La preoccupazione che più probabilmente si annida nella mente dei vari membri della famiglia è cosa diranno gli *altri*.

Successivamente, comunque, il terapeuta viene a rivestire una maggiore importanza nella vita emotiva della famiglia. Come un nonno accudente, il terapeuta efficace utilizza sia gli affetti che la sua influenza per gestire le risorse emotive in un sistema altamente conflittuale. L'uso del sé da parte del terapeuta è lo strumento più potente per il cambiamento efficace.

SICUREZZA ALL'INTERNO DEL SISTEMA TERAPEUTICO

Correre dei rischi in presenza di un terapeuta può portare le persone a un nuovo livello di intimità, fiducia e ottimismo, un nuovo inizio per una famiglia distrutta. Quando tutto sembra senza speranza, molti clienti (con il supporto del terapeuta) prendono il coraggio di dire qualcosa di rischioso agli altri membri della famiglia, magari solo per scoprire che le loro paure personali, rimaste a lungo inesprese, erano infondate. Una moglie riuscì a dire al marito che era stata violentata da bambina e lui le rispose rassicurandola amorevolmente. Un bambino disse al padre che proprio non poteva essere all'altezza delle sue aspettative e il padre mostrò gentilezza, comprensione e senso dell'umorismo.

È ragionevole pensare che i membri della coppia e della famiglia abbiano bisogno talvolta di potersi sentire vulnerabili durante il trattamento per raccogliere tutti i benefici della terapia. La vulnerabilità è, in effetti, talmente associata al cambiamento terapeutico, che molti terapeuti la considerano una parte necessaria del processo. Un padre fondatore nel campo della terapia familiare -Carl Whitaker- era uno specialista nel fatto di aumentare l'ansia familiare a livelli non confortevoli. Secondo Whitaker, accrescere l'ansia è necessario per scardinare la barriera omeostatica e portare alla vera intimità (Whitaker & Keith, 1981).

Le relazioni di lunga data rendono naturalmente i membri della famiglia vulnerabili gli uni con gli altri. Quando si presentano le difficoltà, è naturale che le persone si sentano vulnerabili o spaventate e la paura è legata sia all'incertezza su come gli altri significativi reagiranno alla franchezza delle aperture del sé, sia alla preoccupazione su cosa potrebbero rivelare loro stessi al terapeuta. Per questa ragione, la decisione di esporre un legame intimo all'osservazione di un professionista può spaventare.

In molti casi una coppia o i membri di una famiglia cercano una terapia insieme quando vedono la loro relazione danneggiata o colpita da qualche altro problema. Spesso, anche prima di vedere la reazione del terapeuta, i membri della famiglia sono così ben consapevoli delle loro difficoltà che credono inevitabili le conseguenze negative. Per esempio, in pochi minuti della prima seduta, un marito descrisse questa sensa-

zione alla moglie: “ Come vedi, ci stiamo dentro insieme, in una gabbia con la bestia di cui abbiamo più paura - i nostri litigi”. Sentendo questo, il terapeuta si raffigurò come il domatore di leoni che agitava la frustra.

Nel Sistema di Osservazione delle Alleanze in Terapia Familiare (SOFTA) definiamo la *sicurezza* come:

Il cliente considera la terapia un luogo dove può permettersi di rischiare, aprirsi ed essere flessibile; si sente a proprio agio e nutre aspettative di fare nuove esperienze e imparare cose nuove; pensa di poter trarre benefici dalla terapia; che i conflitti interni alla famiglia si possano gestire senza nuocere a nessuno e che non serve stare sulla difensiva. (Friedlander, Escudero, Heatherington, Diehl, et al., 2004, p. 5)

I terapeuti non possono dare per scontato che la terapia sia un luogo sicuro per tutti i clienti. Al contrario è di vitale importanza valutare, all’inizio come durante tutta la terapia, se il contesto che i clienti sperimentano è per loro abbastanza sicuro per rischiare il cambiamento. Per costruire un sistema terapeutico sicuro, i terapeuti devono considerare non solo i loro contratti impliciti con i clienti (e con gli altri professionisti coinvolti nel caso), ma anche come i clienti percepiscono il contesto di trattamento e le procedure. Va notato che la natura dei problemi familiari e le relazioni intrafamiliari di lunga data giocano un ruolo decisivo nella sicurezza avvertita dai clienti in un trattamento congiunto.

Teoria e ricerca

Come può un sistema terapeutico (ovvero, terapeuta + famiglia) raggiungere un ottimale livello di sicurezza? Finora è stato scritto ben poco sull’assicurare la sicurezza nella terapia di coppia e familiare, tuttavia, in uno studio qualitativo (Christensen et al., 1998) la sicurezza è risultata essere un’importante preconditione per il trattamento nella terapia di coppia. Come hanno spiegato gli Autori, “ Un contesto sicuro significa che i clienti sentono che hanno una connessione di fiducia con il terapeuta e non temono le ripercussioni dei loro partner per ciò che viene detto o fatto in terapia.” (p. 183).

In uno studio sulla terapia a tempo-definito con famiglie a basso reddito (Friedlander, Escudero, Horvath, et al., 2006), abbiamo rilevato che i comportamenti correlati alla sicurezza (mostrare vulnerabilità, esprimere emozioni dolorose, chiedere feedback reciproci, etc.) a metà trattamento (seduta 6) erano positivamente correlati ai punteggi delle valutazioni dei clienti sulla profondità e sul valore della terapia. A partire dalla seduta 9, il comportamento di sicurezza era fortemente associato anche alla valutazione della seduta da parte del terapeuta.

Nei *case studies* di Beck e colleghi (2006), i comportamenti di sicurezza variano ampiamente e dipendono da chi partecipa alla seduta. È importante notare che le uniche famiglie che mostravano indicatori negativi di sicurezza (SOFTA-o) nelle prime sedute avevano gli esiti peggiori. Nelle interviste individuali con i ricercatori, alcuni

clienti avevano spiegato che non si fidavano dei professionisti, o non si sentivano abbastanza sicuri per una storica mancanza di fiducia fra i membri della famiglia, la colpevolizzazione, l'autoaccusa e il timore di violazioni della privacy.

Sebbene ci sia poca letteratura sulle strategie per assicurare la sicurezza nella terapia di coppia e familiare, il saper gestire l'ostilità intrafamiliare da parte del terapeuta, è senza dubbio il più importante fattore nella costruzione della sicurezza. L'abilità del terapeuta nel controllare e canalizzare le espressioni di colpa, di disprezzo e ostilità dipende dal tipo di formazione e dall'orientamento terapeutico. Indipendentemente dall'approccio, ad ogni modo, i terapeuti efficaci non ignorano i sentimenti di vulnerabilità dei clienti (ad esempio: segnali di paura o atteggiamenti difensivi, ansia eccessiva, scoppi di pianto). Non è infrequente che i membri della famiglia sentano la necessità di proteggersi dalle molestie e dalle accuse degli altri o dalle intrusioni nella loro vita personale. Ovviamente la terapia non ha effetti terapeutici quando il conflitto familiare sale al punto da arrivare a minacce e intimidazioni verbali e fisiche.

Studiando le reazioni dei terapeuti alle accuse familiari, Friedlander, Heatherington e Marr (2000) hanno analizzato sette sedute di terapia condotte dai teorici costruttivisti Harlene Anderson, Carlos Sluzki, Bill Lax, Steve de Shazer, Michael White e altri. Delle 17 strategie che questi esperti avevano usato in risposta alle accuse intrafamiliari, le modalità di reazione di ignorare/dirigere (per esempio, concentrarsi sulle informazioni positive e sottolineare quelle neutre) erano le più comuni, ma i terapeuti criticavano anche i modi di pensare in termini di tutto-o-nulla, mettevano in discussione colui che accusava sulla prospettiva dell'altro e ridefinivano il conflitto familiare quando l'accusa era manifesta.

In uno studio recente sugli episodi di colpevolizzazione nella terapia di coppia focalizzata sulle emozioni (Bradley & Furrow, 2004), i terapeuti avevano successo quando "facilitavano l'esperienza emotiva dei clienti e promuovevano la rivelazione delle paure relative ai bisogni di attaccamento" (p. 243). Chiedendo ai clienti di rinunciare alle accuse e immaginare nuovi modi per interagire fra loro, i terapeuti simulavano esplicitamente la vulnerabilità e l'assunzione di rischi. Un terapeuta dello studio rispose così alle accuse di una moglie:

Se gli avessi detto: "Phil, proprio ora, una parte di me vuole connettersi con te, ma la parte prevalente ha paura e mi dice di indietreggiare e stare sulla difensiva e non fidarmi, e io sento di aver paura...mi sento intrappolata... Ho paura... Ho dovuto aspettarti tutto questo tempo e ora quando dici di volerci essere, la cosa ironica è che, non posso venir fuori e incontrarti". Se tu gli avessi detto questo e lui avesse detto [con voce dolce] "Va bene, Julie. Vieni qua e lascia che ti abbracci. Capisco che sei spaventata", l'avresti lasciato fare? Avresti permesso che ti consolasse? (p. 239)

Sicurezza: un contesto per correre rischi e cambiare

Un segnale evidente del fatto che il cliente si sente a proprio agio, è l'atteggiamento non verbale rilassato, anche quando non si sente bene. Comunque, il comportamento

non verbale ansioso non necessariamente segnala mancanza di sicurezza. L'ansia spesso accompagna il fatto di correre un grande rischio. Quando, nonostante l'ansia, i clienti mostrano flessibilità - non solo accettando il proprio bisogno, ma cercando attivamente il cambiamento - i clienti affermano che la terapia è un luogo sicuro.

Marta Everley, madre trentacinquenne di una bambina di sette anni, venne in terapia con il marito trentaseienne, Peter, dal momento che non era soddisfatta di nulla nella sua vita familiare. Marta si lamentava della mancanza di energia e motivazione nel prendersi cura della figlia. Ella sentiva inoltre un'inspiegabile indifferenza nella sua relazione con Peter e disprezzo per qualsiasi cosa fosse collegata alla famiglia, nonostante fino a 6 mesi prima fosse stata il suo progetto di vita. Da parte sua, Peter aveva provato ad evitare la terapia (che era stata consigliata loro dal medico di famiglia); in un primo momento aveva dato poca importanza ai problemi di Marta e più tardi aveva tentato con "i rimedi fai da te", come un week-end a sciare e una cena con gli amici. Alla fine Peter e Marta avevano saltato il fosso.

In prima seduta, Peter elencò in maniera compulsiva le sue virtù al terapeuta, raccontando tutto ciò che aveva fatto per la famiglia, che magnifico padre fosse e così via. Marta, dal canto suo, era tremendamente nervosa, la sua ansia era evidente non solo da come parlava, ma anche dalla sua postura rigida. Quando il terapeuta disse in modo caldo ed empatico: "Prendere la decisione di venire in terapia dimostra l'interesse che avete l'uno per l'altro e per la vostra relazione, e mostra anche il vostro *coraggio* nella situazione difficile che state attraversando", i coniugi reagirono commossi. Peter iniziò a piangere in maniera timida e discreta. In seguito, confessò la sua paura che Marta volesse usare la terapia per dirgli che non era più innamorata di lui. Marta trattenne le lacrime, rivelando la sua paura che l'interpretazione del terapeuta della sua depressione avrebbe ferito il marito e la figlia.

Correre un grande rischio (come hanno fatto Peter e Marta) è la più chiara evidenza di sicurezza all'interno del sistema terapeutico. Un altro indicatore di sicurezza si ha quando un membro della famiglia chiede a un altro di dargli un feedback o un'impressione onesta su di lui. Quando, per esempio, un uomo chiede alla moglie "Pensi che io sia un buon padre?" o "Pensi che 'abbia perso le staffe' troppo spesso con nostra figlia?", corre un rischio, esponendosi a una reazione che potrebbe essere molto dura. Ovviamente il tono di queste domande deve essere sincero e genuino. Quando una moglie in lacrime chiede al marito se la vede ancora come attraente, la domanda - vista come una proposta di intimità - può stimolare una reazione di accudimento. Se posta con un tono di rimprovero, la stessa domanda comunica biasimo e atteggiamento difensivo.

In realtà, il modo in cui i membri di una coppia o di una famiglia comunicano fra loro di fronte a un terapeuta è una fonte preziosa di informazioni sul senso di sicurezza o sulla mancanza di questa. Quello che è importante notare è il livello *relazionale* o interpersonale della comunicazione (Heatherington & Friedlander, 2004), che non è il contenuto di quello che si dicono i membri della famiglia, ma il modo e il tono dei loro scambi. Allora, per esempio, la riluttanza di un membro della famiglia a rispondere a una domanda o al commento di un altro, potrebbe essere un chiaro segnale del fatto che si sente minacciato quando, nel tono della voce, il significato relazionale è "Non voglio parlare di questo qui" o "Non è qualcosa che potrei o vorrei condividere con te". Il comportamento non verbale può suggerire se il silenzio in risposta a una domanda è

semplicemente il risultato del non sapere cosa rispondere o un segnale di riluttanza o di rifiuto al coinvolgimento.

La manovra di deviare la comunicazione verso una terza persona, come il terapeuta o un altro membro della famiglia, può segnalare una mancanza di sicurezza percepita. Nel rispondere a una domanda del tipo, "Perché non lasci che mio figlio prenda il tuo posto nella tua compagnia?", un padre acquisito mostra di non essere a suo agio, dal momento che dando le spalle alla moglie, rivolto verso il terapeuta commenta: "Ha idea della responsabilità che una persona ha in un lavoro come il mio? Può spiegarlo a mia moglie?"

Una mancanza di sicurezza in terapia può anche promuovere un'escalation simmetrica, che consiste in sequenze di interazioni nelle quali due membri della famiglia lottano per il potere. Tale scontro è evidente quando, ad esempio, un marito dice: "Non siamo venuti qui per parlare di cosa faccio o non faccio a casa, ma dei problemi scolastici di mio figlio" e la moglie risponde "Siamo venuti qui per parlare di *tutto* ciò che è importante per dare una buona educazione a nostro figlio!" o "Perché *tu* dovresti essere quello che decide di cosa parlare?!" Sebbene le interazioni competitive fra i membri della famiglia possono segnalare anche altri problemi oltre alla mancanza di sicurezza (vedi Capitolo 7, "Senso di uno Scopo Condiviso all'interno della Famiglia"), gli scambi sulla difensiva fra i membri della famiglia sono indici comuni di minaccia.

Quando i membri della famiglia sono sulla difensiva, è frequente che una persona critichi o richieda spiegazioni, portando una 'lista della spesa' di lamentele indirizzate ad un destinatario. Perciò, si ha un pattern di comunicazione a lamentele incrociate (Gottman, 1994) quando un membro della famiglia si lamenta del comportamento di un altro, chiedendo una spiegazione e l'altro risponde lamentandosi della prima persona senza fornire alcuna giustificazione alla lamentala originaria. Stare sulla difensiva non è necessariamente il risultato di ostilità o colpevolezza, ma potrebbe essere un modo per non affrontare le responsabilità. In una seduta con una coppia e la figlia adolescente, la madre (parlando al plurale per includere se stessa e la figlia) disse al marito: "Ci devi dire cosa ti rende così aggressivo da qualche mese a questa parte. Non hai mai urlato a Julia o a me su questioni di poco conto". Alzando la voce in maniera difensiva, il marito rispose: "Non so perché *mi* stai chiedendo questo! *Tu* eri quella che urlava a tutti la scorsa estate quando accidentalmente lasciavamo scorrere l'acqua!"

È relativamente facile riconoscere le minacce generate all'interno della famiglia stessa e quelle che sono il prodotto secondario delle difficoltà fra i singoli membri della famiglia e il terapeuta. Altre minacce alla sicurezza, spesso trascurate, emergono all'interno del sistema del terapeuta ovvero dalle tensioni o conflitti fra il terapeuta e membri importanti del sistema dei professionisti - supervisore, team o altri professionisti coinvolti nel caso (v. Capitolo 14). Alle volte, questi colleghi vengono coinvolti nel trattamento come membri di un Reflecting Team, coterapeuti o supervisori che intervengono occasionalmente. Si consideri l'aumento esponenziale della complessità man mano che si aggiungono più individui: (a) il *sistema diretto del paziente* (membri della famiglia che partecipano alla terapia congiuntamente), (b) il *sistema indiretto del paziente* (membri della famiglia del paziente che non prendono parte direttamente alla terapia), (c) il *sistema diretto del terapeuta* (membri del team professionale diret-

tamente coinvolti in una data seduta in un particolare momento di tempo), o (d) *il sistema indiretto del terapeuta* (membri del team che non prendono parte direttamente alla terapia; Pinsof, 1994). Dal momento che le fonti di una potenziale minaccia, sia intrasistemiche che intersistemiche, sono multiple, avere un'ampia "mappa sistemica" del processo di trattamento ci offre molte risorse potenziali per creare e consolidare contesti terapeutici sicuri per i nostri clienti.

La mancanza di sicurezza può essere accentuata e drammatica quando i clienti sono obbligati al trattamento dal Tribunale per i Minorenni o dal Servizio Sociale per la Tutela dei Minori, quando i clienti sono costretti alla terapia dai membri della famiglia o quando istituzioni esterne, senza un mandato legale, hanno un potere diretto o indiretto su loro. Il Capitolo 11 tratta in maniera specifica i clienti obbligati alla terapia e i molti modi in cui le persone possono giungere a sentirsi "Ostaggi della terapia". Non sarà mai eccessivo la nostra raccomandazione sull'inutilità del tentare un trattamento se il terapeuta non garantisce un livello minimo di sicurezza.

Juana e Ramón, una giovane coppia, completò con successo il programma di riunificazione familiare. Entrambi stavano uscendo dall'alcolismo quando ebbero un figlio, Raúl. Tutto andò bene fino a quando il bambino non iniziò ad andare a scuola a 6 anni, proprio nel momento in cui entrambi i genitori erano disoccupati da un periodo di tempo abbastanza lungo. Ramón iniziò a bere pesantemente, i litigi a casa conobbero un'escalation e Juana divenne iperprotettiva verso Raúl, non mandandolo a scuola per banali malesseri o raffreddore. Le assenze del ragazzo a scuola, l'aumentare dei conflitti fra i coniugi e la ricaduta nell'alcolismo del marito misero in allerta i servizi sociali. Le misure legali furono pesanti. Raúl venne collocato presso una struttura residenziale, mentre i suoi genitori furono obbligati ad andare in terapia.

In situazioni come questa, la prima seduta offre ai clienti l'opportunità di lamentarsi amaramente, a volte con ostilità, di tutto ciò che gli è accaduto. Quando le circostanze sembrano punitive, non è infrequente che il terapeuta venga visto come un nemico, anche se sta lavorando in modo indipendente dalle fonti che hanno richiesto l'invio obbligatorio in terapia. Come ci si può sentire sicuri in terapia in queste circostanze? A volte neppure il terapeuta si sente sicuro.

Per Juana e Ramón, nonostante il duro inizio, avvennero importanti cambiamenti, che esitarono in una felice riunificazione con il loro figlio. In una seduta di follow-up il terapeuta chiese a Juana di riflettere su come era iniziato il trattamento. Ella disse:

Quando venivo già da 6 o 7 sedute e mi sentivo calma e supportata, continuavo a pensare che la tua spiegazione sull'uso della videocamera per lavorare in équipe fosse una bugia. So di aver firmato un documento o qualcosa del genere, ma ho sempre pensato che in seguito avresti mostrato il video al Servizio Sociale o che sarebbe stato usato come prova da mostrare al giudice. Solo dopo, e non so perché, ho iniziato a fidarmi di tee mi sono sentita bene.

Il terapeuta registrava le sedute con una videocamera per analizzare il caso e programmare gli interventi con l'équipe. Sebbene questa procedura fosse spiegata ai clienti (che firmavano un modulo di consenso informato), ciononostante credevano che il video sarebbe stato usato come "prova" per il Servizio Sociale dei Minorenni. Questo

esempio, come molti altri, ci ricorda di non sottovalutare i sentimenti di vulnerabilità e, in alcuni casi, di mancanza di fiducia giustificata da parte dei clienti.

Segreti, intimità ed emozioni intense

I segreti familiari hanno un effetto particolarmente negativo sulla sicurezza. Un segreto che provoca vergogna, causa sintomi (Imber-Black, 1993) e interferisce o rende confuse le relazioni familiari (e le relazioni con il terapeuta), può avere un'influenza imprevedibile sul processo terapeutico. Elementi che suggeriscono la presenza di un segreto sono l'eccessiva ansia e le manovre difensive o evitanti quando vengono sollevati specifici argomenti o si allude ad essi.

La famiglia Martínez è un caso di questi. Manuel Martínez e sua moglie, Rosa, giunsero in terapia con i due figli, David di 16 anni e Roberto di 20. La motivazione iniziale era l'abuso di droga del figlio minore (hashish e pasticche), che gli aveva procurato problemi a scuola, litigate accese a casa e aggressioni nei confronti di Roberto. Dopo molte sedute, il terapeuta era preoccupato e confuso dalla passività dei genitori e dall'innalzamento notevole dell'ansia ogni volta che si parlava di cosa fosse o meno un "normale" uso di droga. Come prevedibile, il figlio minore aveva una visione delle droghe estremamente tollerante e irrealistica (del tipo "Tutti le prendono oggiogiorno", "Ti aiutano quando vuoi divertirti, ma anche a lavorare"). Il fratello maggiore di David, ben consapevole dell'uso di droga fra i ragazzi delle scuole superiori, era chiaramente preoccupato dei rischi che il fratello stava correndo. I genitori, ad ogni modo, a parte il fatto di aver rifiutato energicamente ogni tipo di droga nella loro vita, erano restii a discutere come l'abuso di sostanze di David fosse collegato al suo circolo di amici, all'ambiente scolastico o alle attività extracurricolari.

Dopo quattro sedute, Rosa richiese una seduta da sola con il marito. Il terapeuta acconsentì, mettendone a conoscenza i figli. Durante la seduta venne fuori il segreto familiare: Manuel era stato dipendente da droghe e alcool in gioventù e all'inizio della relazione con Rosa. I figli non erano a conoscenza della storia del padre. Nelle sedute familiari, la tensione dei genitori emergeva dalla paura che questa informazione di cui si vergognavano dovesse venir fuori. Rosa e Manuel non solo non erano sicuri di quale potesse essere la reazione dei figli, ma avevano anche paura di perdere l'autorità e il rispetto genitoriali. Dopo aver rivelato il segreto al terapeuta, i genitori trovarono il coraggio di parlare con i loro figli del problema di Manuel con la droga in un modo che aggiunse credibilità e accrebbe i sentimenti di vicinanza nella famiglia.

A volte, senza sollecitazioni, un cliente rivela deliberatamente un segreto o un'informazione sensibile che non era nota a tutti. Fare questo è un indicatore significativo di quanto sia valorizzata e sicura la terapia per tale individuo. Per esempio, gli adolescenti fanno "rivelazioni" ai genitori in terapia che non potrebbero aver luogo in alcun altro posto. Quando la terapia è vista come un territorio neutrale e l'adolescente si sente protetto dal terapeuta, non è infrequente che i genitori apprendano informazioni importanti che l'adolescente aveva tenacemente mantenuto private. Leah, una tredicenne che era stata inviata in terapia dalla scuola per problemi comportamentali e assenze

ingiustificate, rivelò ai genitori non solo quanto spesso non era andata a scuola e come aveva fatto, ma anche come si sentiva nel farlo: “In realtà era noioso rimanere seduta su una panchina per così tante ore, anche quando fuori faceva freddo, ma volevo che i miei amici sapessero che io ero quella che marinava la scuola più spesso. Ho battuto il record!”. Questa rivelazione fatta con sincerità sollevò i genitori dalle loro peggiori paure sul comportamento della figlia. Dopo questa seduta, la motivazione dell'intera famiglia crebbe notevolmente. Tutti compresero che sia il conflitto che la paura potevano essere gestiti con sicurezza e in modo costruttivo.

La sicurezza è essenziale quando i clienti esprimono sentimenti dolorosi o altre comunicazioni che potrebbero essere difficili per una qualche ragione. Specialmente quando c'è un alto livello di conflitto o di sfiducia, potrebbe diventare troppo difficoltoso per un marito chiedere perdono, per un padre ammettere con il figlio di aver perso il controllo, per un genitore anziano parlare apertamente della sua malattia terminale, per una madre ammettere di essere depressa, per una figlia chiedere al padre se le vuole bene, per una donna chiedere al partner se ha intenzione di abbandonarla. Idealmente il contesto terapeutico dovrebbe incoraggiare la gente ad aprirsi, condividere sentimenti dolorosi ed esprimere emozioni difficili alle persone importanti della loro vita. Non è necessario, ad ogni modo, che ogni sentimento doloroso venga esplorato attentamente perché la terapia abbia successo. L'importanza di questo varia con la natura del problema, l'approccio del terapeuta, le caratteristiche personali e interpersonali dei clienti e così via. Ciononostante, l'incapacità di essere anche solo minimamente vulnerabile di fronte ai membri della propria famiglia può essere un serio ostacolo all'efficacia del trattamento.

A volte le interazioni della famiglia in seduta, spontanee o stimulate dal terapeuta, possono aumentare la sicurezza in maniera significativa. Un buon esempio è dato da Lindsay, che portò il figlio adolescente, Tim, in terapia. Preoccupata che potesse far uso di droghe, adottò un tono di voce amorevole, dicendo al figlio di non aver paura di dire la verità: “Non ci arrabbieremo o allarmeremo se ci dici che fai uso di droghe. Possiamo aiutarti solo se ti apri con noi: abbiamo bisogno di conoscere la situazione in cui stai per poterci aiutare a vicenda”. Tale messaggio è più efficace se viene da un genitore piuttosto che da un terapeuta, quando il tono e l'espressione non verbale comunicano chiaramente che aprirsi in terapia è sicuro. Anche se il figlio rifiuta di rivelare i propri problemi quando gli viene richiesto, il contesto di sicurezza è esplicitato. Quando il tono di un membro della famiglia è critico, accusatorio o in tensione, potrebbe verificarsi il risultato opposto, nuocendo alla sicurezza per tutti quelli coinvolti.

Sicurezza nel territorio del terapeuta

I terapeuti cercano di creare un setting piacevole per i loro clienti e adattare l'ambiente fisico alle loro necessità. Ciononostante molti clienti, quando vengono in terapia per la prima volta, non si sentono a loro agio nello studio del terapeuta essendo un territorio a loro non familiare. La mancanza di familiarità e il grado di disagio che il cliente sente all'inizio del trattamento varia da setting a setting e da un individuo all'al-

tro. Le sedute di terapia condotte in ospedale o in un centro medico, con l'arredamento sanitario, i colori, gli odori e il personale medico, può intimorire alcuni clienti, ma altri possono sentirsi più a loro agio in un contesto medicalizzato, piuttosto che nella casa privata di un terapeuta, per esempio. Senza svalutare il lavoro terapeutico condotto nelle case dei clienti, raccomandiamo di condurre le sedute di terapia in un setting professionale, che sia neutrale per la famiglia. Quando il contesto non è familiare, è più facile per chi è al di fuori del contesto familiare controllare la situazione e stabilire le regole per i comportamenti appropriati.

I clienti devono riuscire a vedere l'ambiente terapeutico come sicuro. Ovviamente la sicurezza non dipende dalle condizioni fisiche di per se stesse, ma dall'impressione che queste danno al cliente. Alcuni clienti rifiutano una sedia comoda o di rilassarsi sul divano, preferendo soluzioni rigide. Altri clienti non si tolgono il cappotto nemmeno quando fa caldo nella stanza. Tenere oggetti in mano - come un ombrello o una borsetta, per esempio - è un altro indicatore della mancanza di sicurezza del cliente: generalmente interpretiamo questo tipo di comportamenti come l'insicurezza del cliente nel restare e nel partecipare, come se fosse "di passaggio". Sebbene alcune manifestazioni non verbali possano essere segno di tensioni coperte e non dette tra i membri della famiglia, il disagio di un cliente, soprattutto durante il contatto terapeutico iniziale, potrebbe essere semplicemente dovuto a un setting professionale non familiare.

Sfortunatamente alcuni aspetti del nostro lavoro diminuiscono la sicurezza dei clienti, come quando usiamo la videocamera o lo specchio unidirezionale, che permette al supervisore o all'équipe di partecipare inosservati. Lavorare con un'équipe invisibile (che non viene presentata alla famiglia) può inibire o perfino intimidire. Anche le varie informazioni cliniche, le annotazioni sul processo così come le registrazioni, possono rappresentare una minaccia, specialmente se i problemi in discussione hanno potenziali connessioni legali, come quando le coppie si separano o divorziano, oppure quando il Servizio Sociale per i Minorenni è coinvolto nel caso.

Nella nona seduta di una terapia di coppia, una moglie commentò: "Ho deciso di parlare chiaramente di alcune cose, sebbene non sia mai sicura di chi costituisce il 'gruppo di spie' ogni volta". Stava riferendosi al supervisore e all'équipe osservante (studenti in training), che di solito incontravano a metà seduta il terapeuta per pianificare la strategia d'intervento. Il terapeuta e i membri dell'équipe furono piuttosto sorpresi di fronte alla metafora delle "spie", dal momento che la cliente era venuta in trattamento volontariamente e aveva acconsentito al lavoro in équipe. Ciononostante, non si dovrebbe sottovalutare la minaccia che i clienti possono avvertire in contesti che noi ci sforziamo di rendere confortevoli per loro. In un altro caso, questa volta con un adolescente, il commento del ragazzo fu eloquente. Quando il terapeuta ricevette una chiamata all'interfono dal supervisore, che stava osservando la seduta con le telecamere a circuito chiuso, il ragazzo osservò: "Così ti hanno chiamato... pensavo che nelle due o tre settimane scorse non stavamo andando bene... penso che sia colpa mia.... è che ci sono cose che vorrei proprio dirti".

Sebbene ci siamo concentrati sulle minacce alla sicurezza, il terapeuta dovrebbe riconoscere anche quando i membri della famiglia si sentono "come a casa" (o molto meglio che a casa!), apprezzando il setting della terapia come un posto sicuro nelle loro vite dove sono liberi di discutere questioni significative. Un indicatore della sicurezza

in terapia è un commento del tipo: “Stavamo quasi per litigare su questo ieri, ma poi abbiamo deciso di aspettare per venire qui a parlarne civilmente” o “Nel mezzo di un litigio, quando eravamo tutti e due sconvolti e arrabbiati, ho pensato tra me e me: ‘Cosa direbbe [*il nome del terapeuta*] a questo punto?’ E così ho deciso di ...”. Gli indicatori di sicurezza possono essere anche metaforici. Un genitore, appena la seduta di terapia era iniziata, esclamò: “Possiamo darle un suggerimento per questa pianta? Ci abbiamo pensato per molte settimane”. La signora si stava riferendo a una grande pianta per interni che il terapeuta teneva nello studio e che non sembrava essere in buone condizioni. La famiglia gentilmente si offrì di rianimare la pianta. Offrirono al terapeuta non solo dei suggerimenti di giardinaggio, ma proposero anche di portarsi la pianta a casa. Poche settimane più tardi, la pianta venne riportata con un bellissimo aspetto e in un nuovo vaso.

Costruire la sicurezza

I cambiamenti terapia-correlati richiedono che le persone accettino e sperimentino nuovi pattern di comportamento e differenti punti di vista cognitivi sui problemi. In effetti, essere flessibili e disponibili a considerare prospettive alternative è un prerequisito fondamentale per il cambiamento. Ad ogni modo questi atteggiamenti, non sono sempre facili da elicitare quando sentimenti di frustrazione, stanchezza psicologica, impotenza e abbandono - tutte cose comunemente sperimentate dai clienti all’inizio della terapia - sono lo sprone per cercare aiuto. Perciò, quando la terapia ha inizio, il primo cambiamento da ricercare è lo spostamento da un’atmosfera di frustrazione, stanchezza e impotenza ad una di flessibilità, aspettativa positiva e speranza.

Dal momento che il conflitto, coperto o aperto che sia, accresce la vulnerabilità, gestire il conflitto è necessario prima ancora che i problemi possano essere analizzati e le soluzioni trovate. I terapeuti che lavorano con relazioni contaminate da accuse e ostilità devono innanzitutto creare una zona di sicurezza dove il conflitto può essere affrontato senza danno. Invero, il livello di sicurezza può migliorare radicalmente quando il terapeuta è capace di contenere e controllare il conflitto, convertendolo in qualcosa di costruttivo. Come primo passo, il terapeuta dovrebbe dare ai membri della famiglia una chiara spiegazione di tutti gli aspetti del trattamento congiunto legati alla privacy (come il contenuto delle sedute, l’uso della registrazione, i report per una terza parte, la presenza di un’*équipe* terapeutica o di un supervisore, l’uso dei dati a scopo di ricerca). Come parte integrante di questo processo, il terapeuta dovrebbe incoraggiare i membri della famiglia a parlare di quegli aspetti della terapia che potrebbero intimidirli o produrre mancanza di fiducia. In particolare quando i clienti sembrano esitare o sono riluttanti a dire quello che pensano, è necessario che il terapeuta affronti direttamente o indirettamente la fonte del disagio.

Altri fattori che possono influenzare la sicurezza all’interno della terapia hanno a che fare con le caratteristiche della cultura, dello stile di vita o della religione dei clienti (vedi anche Capitolo 10). Quando la terapia, ad esempio, tocca aspetti della vita sessuale del cliente, conflitti fra i sottosistemi (genitori-figli o nonni-nipoti), decisioni su

malattie terminali o sull'educazione dei figli, oppure riguarda l'uso di alcool e droga da parte di un figlio, la capacità del terapeuta di comprendere e adeguare la terapia ai valori socioculturali e religiosi della famiglia riveste un'importanza critica.

Lavorando con una famiglia disabbiente rom (zingari) in Spagna, un terapeuta dovette confrontarsi con lo scontro familiare sulla decisione di far sposare la figlia con il fidanzato. È interessante notare che sebbene il ragazzo piacesse a questa giovane donna, ai suoi genitori e ai nonni, e lei lo amasse e lo volesse sposare, la giovane coppia non era d'accordo con il resto della famiglia circa la tempistica del matrimonio (volevano aspettare 2 anni) e sull'opportunità di una cerimonia tradizionale rom. Rendendosi conto ben presto che il terapeuta non conosceva le loro tradizioni, i genitori dubitarono che li potesse aiutare nel conflitto.

In realtà, ciò che aveva spinto la famiglia a richiedere aiuto inizialmente erano la depressione e la somatizzazione della figlia, espressa con mal di testa e problemi gastro- intestinali. I genitori non solo avevano cercato deliberatamente un terapeuta per la figlia, ma avevano anche giocato un ruolo attivo nel processo di trattamento. Ad ogni modo, nel momento in cui il matrimonio della figlia era diventato il centro della discussione, la collaborazione della famiglia venne seriamente minacciata. In parole povere, non avevano fiducia nell'abilità del terapeuta di comprendere il punto di vista degli zingari.

In risposta, il terapeuta organizzò una seduta speciale nella quale la persona più anziana e autorevole della famiglia estesa, la cugina della madre, gli spiegasse in dettaglio le tradizioni matrimoniali della famiglia e della comunità. La cugina assunse un ruolo autoritario in seduta, istruendo il terapeuta, mentre il resto della famiglia la guardava passivamente. Questa "insegnante" era riverita dai genitori e dalla figlia per il suo ruolo influente nella comunità e la sua conoscenza e rispetto delle tradizioni degli zingari. Era aperta di vedute e flessibile verso le richieste di cambiamento della giovane coppia. La terapia dopo la seduta congiunta non fu semplice, ma la famiglia apprezzò la volontà del terapeuta di imparare la loro cultura e la promessa di rispettare e considerare le loro tradizioni.

Lavorando con famiglie dominate da conflitti, nelle quali la violenza è un rischio reale, creare sicurezza diventa particolarmente importante: non solo il terapeuta deve deviare le accuse e l'ostilità, proteggendo i clienti gli uni dagli altri, ma deve anche rimanere alleato con tutti i membri coinvolti nel conflitto. La minaccia potrebbe non essere sempre percettibile, ad ogni modo. Un cliente potrebbe stare zitto, non fidandosi del fatto che le sue parole non saranno usate contro di lui in seguito. Si consideri Suzanne, undicenne che sedeva rigidamente e in silenzio all'incontro con la madre abusante, l'assistente sociale e i genitori affidatari. Nonostante la sua giovane età, Suzanne sapeva che qualsiasi cosa avesse scelto di dire sulla sua situazione, avrebbe avuto conseguenze enormi e irreversibili. I casi di abuso e trascuratezza, dove il bisogno di valutare la sicurezza è essenziale, sono discussi in maggior dettaglio nel Capitolo 11 (Clienti obbligati).

In terapia individuale, i clienti hanno il controllo su cosa rivelare di loro stessi. Non c'è timore che le loro preoccupazioni personali vengano rivelate da un'altra persona. Nella terapia congiunta, comunque, non è infrequente che vengano a galla segreti, pensieri o sentimenti mai detti prima. Laddove tali rivelazioni sono normali e persino

di routine per il terapeuta familiare, non è la stessa cosa per i membri della famiglia. Per questa ragione, i terapeuti efficaci spiegano ai clienti che la terapia, per sua propria natura, comporta a volte il correre dei rischi e il sentirsi vulnerabili. Tali spiegazioni, possono anche funzionare da “ridefinizioni” nei momenti di maggior difficoltà. Infatti, normalizzare la paura e la vulnerabilità può facilitare il recupero della sicurezza.

La creazione della sicurezza dipende anche in grande misura da quanto il terapeuta si sente a proprio agio. È essenziale per il terapeuta sentirsi sicuro, man man che la terapia va avanti, ma questo non è sempre possibile. Il senso di sicurezza del terapeuta potrebbe essere compromesso per un certo numero di ragioni - scarso addestramento o mancanza di esperienza con casi difficili, caratteristiche o difetti personali, oppure l'interferenza di una crisi personale. Condurre una terapia di coppia efficace quando si hanno grandi difficoltà nel proprio matrimonio può essere particolarmente impegnativo. Anche le influenze professionali possono compromettere la sicurezza; queste includono la paura della critica del supervisore o di altri professionisti coinvolti nel caso, per esempio (v. Capitolo 14). Quando il senso di sicurezza del terapeuta è in pericolo, egli potrebbe riuscire a nascondere la fonte dell'angoscia ai clienti, ma l'espressione non verbale di ansia o di disagio potrebbe essere visibile e a sua volta mettere in pericolo il benessere degli altri membri della famiglia. Un training efficace e la supervisione possono aiutare un terapeuta a diventare consapevole di questi problemi prima che danneggino i clienti; il supervisore e lo staff di supporto sono la migliore salvaguardia per il terapeuta. In parole povere, il terapeuta non dovrebbe sottovalutare il rischio di proiettare paure personali su una famiglia, specialmente con coppie e famiglie altamente conflittuali o dove vi sia un rischio di violenza o suicidio.

Caso illustrativo: amore e bisogno

Charlie e Carmen si erano sposati quando lui aveva 54 anni e lei 49. Rimasta vedova 6 anni prima, Carmen, descriveva il suo primo matrimonio come un “completo disastro”. Quando sposò Charlie, le finanze di Carmen erano completamente stravolte, ma la situazione economica di Charlie era solida. Non avendo mai vissuto con una partner prima di Carmen, Charlie si era sentito vulnerabile per l'avvenimento; inoltre egli aveva difficoltà di udito e, di conseguenza, una pronuncia difficoltosa e non aveva mai imparato un'altra forma di comunicazione. Entrambi i coniugi si descrivevano come “solitari” prima di incontrarsi, e avevano poche relazioni, generalmente superficiali, con i parenti.

Dopo 2 anni di matrimonio, Carmen richiese un aiuto professionale. Sebbene pensasse che Charlie potesse beneficiare dal prender parte alle sedute, non era sicura di come sarebbe andata, data l'estrema difficoltà di comunicazione del marito.

In prima seduta il grado di tensione fra Carmen e Charlie era estremamente alto. Litigavano a voce alta, esprimendo ostilità anche su punti di disaccordo trascurabili. La terapeuta prese il controllo e fu in grado di regolare le interazioni chiedendo l'aiuto di Carmen per comprendere Charlie. La terapeuta insistette che la coppia parlasse uno per volta, in modo da comprendere bene le loro problematiche. Tuttavia, l'ansia della

coppia era piuttosto evidente attraverso diversi indicatori di mancanza di sicurezza sia verbali che non verbali (riluttanza a parlare direttamente l'uno con l'altro, risposte sulla difensiva, tensione evidente, distanza fisica, etc). Ad un certo punto della terza seduta accadde quanto segue:

Terapeuta: Forse dovremmo chiarire come la terapia può aiutare ciascuno di voi. Cosa volete ottenere venendo qui?

Carmen: Prendere una decisione. Voglio sapere se posso vivere con lui o se devo essere coraggiosa e affrontare una separazione.

Charlie: [*molto nervoso e visibilmente sconvolto*] Se si parla di separazione, allora me ne vado. [*alla terapeuta*] Mi ha ingannato, mi aveva detto che saremmo venuti qua per sistemare le cose!

Terapeuta: Charlie, sta solo dicendo come la terapia può aiutare lei. Cosa vorresti ricavare dal venire qua?

Charlie: [*molto nervoso*] Non dico niente se state registrando la seduta!

Terapeuta: Bene, questo non è un problema. Possiamo smettere immediatamente di registrare [*spegne la registrazione*]. La cosa importante è che ti senti a tuo agio per poter lavorare e trarre il massimo dalla terapia.

Carmen: Non vuole che dica cosa sto pensando... che l'ho sposato perché era "pratico" per entrambi e pensavo che sarei stata in grado di amarlo e che egli sarebbe stato dolce.... ma è impossibile.

Charlie: [*in piedi e facendo molta fatica a parlare*] È difficile per me farmi capire, ma non voglio parlare di separazione. Lei mi ha ingannato... sapeva che se avessimo parlato di separazione, me ne sarei andato.

Carmen: [*celando molta emozione*] Non posso parlare, non voglio che se ne vada... non so cosa fare.

La terapeuta riconobbe che la situazione in quel momento era esplosiva. Charlie, terrorizzato, era quasi sul punto di andarsene. Carmen aveva detto chiaramente che non voleva che se ne andasse e si sentiva minacciata dalla possibilità che ciò avvenisse. Vedendo questa empassa, la terapeuta chiese un po' di tempo da sola con Charlie.

Terapeuta: Bene, per favore calmatevi e cercate di capire che vorrei che entrambi collaboraste alla risoluzione di questo problema che riguarda tutti e due. Ho anche bisogno che tutti e due siate d'accordo su ciò che possiamo fare in terapia e di cosa parlare. Abbiamo bisogno di un modo valido per lavorare, non solo che vi trovi d'accordo, ma anche che non vi faccia sentire ingannati o minacciati. Carmen, va bene per te se parlo pochi minuti da sola con Charlie, dal momento che si trova in una situazione difficile e tu non vuoi che vada via?

Carmen fu d'accordo nel lasciare la stanza. Durante i successivi 20 minuti, la terapeuta supplicò vigorosamente Charlie di farsi coraggio e lavorare sui problemi con sua moglie, insistendo che era essenziale la collaborazione da entrambe le parti. Si noti che il tono del dialogo era, per la prima volta, disteso e confortevole per Charlie. Questa

nuova atmosfera, che sembrava aumentare le connessioni di Charlie con la terapeuta, fece emergere quanto segue:

Charlie: La verità è che io amo molto mia moglie e sono spaventato dal fatto che la terapia le faccia prendere la decisione di non stare più con me. Ho paura che lei possa non sentire per me quello che provo per lei. Non sarei capace di vivere da solo ora, e so che non sono stato bravo con lei.

Terapeuta: Cosa significa che “non sono stato bravo con lei”?

Charlie: Beh, che lei è veramente una brava persona e io l’ho messa sotto pressione.

Terapeuta: Vuoi dire che l’hai messa sotto pressione per non farle dire in terapia tutto ciò che prova?

Charlie: Detto tra noi, anche se la registrazione sta ancora andando, posso dirle una cosa ?

Terapeuta: Certo e, se vuoi, possiamo spegnere la registrazione di nuovo. È solo perché ci aiuta nel nostro lavoro. [*Spegnendo il registratore*]. Ti puoi fidare, e prendi tutto il tempo e le precauzioni che ti servono.

Charlie: [*molto emozionata*] Ho minacciato di suicidarmi se avesse chiesto la separazione. Ho acconsentito a venire qua a risolvere i nostri problemi, ma lei sa che mi ucciderò se decide di lasciarmi. Ho messo in chiaro che l’avrei fatto. Era molto dura quando ero solo, a causa della mia sordità. Non posso parlare in modo chiaro e non so come interagire con le persone. Lei ha dato un senso alla mia vita.

Terapeuta: Sei molto onesto con me nel dirmi questo, Charlie. Come ti senti ora?

Charlie: Meglio. Scavando a fondo, so che non potrei mai farle questo.

Terapeuta: Non pensi che tutti e tre dovremmo parlare e trovare un modo per continuare i nostri incontri senza che nessuno si senta intimidito? Non credo che sia così difficile raggiungere un accordo in modo da andare avanti senza che nessuno di voi venga ferito. Ho la sensazione che anche lei ti apprezza molto.

Charlie: Sì, sono sicuro di sì, e so anche che non posso farle questo. Mi sento veramente male.

Terapeuta: E probabilmente la tua minaccia rende ancor più difficile per lei sistemare le cose.

In questo momento difficile della terapia e con scarsi risultati fino a quel momento, la terapeuta pose la questione della sicurezza apertamente e fermamente, rassicurando il cliente più vulnerabile che non avrebbe permesso alcun processo distruttivo. Costruire un’atmosfera di sicurezza era la chiave per sbloccare la terapia.

Sebbene assicurare un ottimo livello di sicurezza non garantisca il successo terapeutico, quando essa è fortemente minacciata, come nel caso di Charlie e Carmen, la probabilità di fallimento aumenta notevolmente (M. Beck et al., 2006). La sicurezza è di capitale importanza per le coppie e le famiglie che ogni giorno affrontano conflitti e drammi intensi.

Conclusioni

La terapia efficace con coppie e famiglie comprende due adattamenti apparentemente contraddittori. Da un lato i clienti hanno bisogno di sentirsi sicuri sul territorio del terapeuta, che all'inizio non è familiare. Dall'altro, essi hanno bisogno di vedere questo contesto come quello che neutralizza l'ansia o la paura delle reazioni degli altri membri della famiglia. In maniera ottimale, la terapia promuove la flessibilità e il rischio di trovare qualcosa di nuovo o, almeno, di parlare onestamente dei problemi per risolverli. Perciò la terapia deve essere un posto dove i clienti possono con sicurezza aprire porte che erano chiuse o trovare porte che non si conoscevano. Il fatto che i clienti corrano rischi per cambiare la loro situazione dipende dalle caratteristiche di ciascun caso. È più facile quando il contesto terapeutico è sicuro e il terapeuta è visto come una parte coinvolta, ma neutrale, che ha a cuore i principali interessi di ciascuno.

Le maggiori minacce alla sicurezza vengono da conflitti, tensioni e intimidazioni all'interno dello stesso sistema familiare. I problemi possono anche sorgere per lo stile del terapeuta, per minacce alla privacy o per condizioni che non sono adatte ai bisogni della famiglia. In questo Capitolo, abbiamo definito e illustrato le fonti e le manifestazioni comportamentali di sicurezza (e mancanza di questa) all'interno del sistema terapeutico. Nella nostra concettualizzazione dell'alleanza, creare un ambiente sicuro è di primaria importanza. Non bisogna mai sottovalutare l'importanza della spiegazione, da parte dei terapeuti, delle varie procedure, delle regole di privacy, delle ragioni per usare gli strumenti di registrazione, per conservare i file, e così via. Altri importanti aspetti della sicurezza hanno a che fare con il controllo e la gestione del conflitto, delle minacce o delle intimidazioni (coperte o aperte) fra i membri della famiglia. Anche lo scontro potenziale fra le procedure terapeutiche e le caratteristiche del cliente - culturali, religiose o semplicemente di stile di vita - può influenzare lo sviluppo e il mantenimento della sicurezza entro il sistema terapeutico.

In un contesto terapeutico sicuro, i clienti scoprono che il conflitto all'interno della famiglia può essere gestito senza danno o distruzione. In effetti, spesso scoprono quanto sia facile arrivare a delle soluzioni quando si abbassano le difese e si corre il rischio di tentare cose nuove.

SENSO DI UNO SCOPO CONDIVISO ALL'INTERNO DELLA FAMIGLIA

Consideriamo la famiglia Alfred: la madre (Ruth), il patrigno (Jim), e le due figlie adolescenti, la tredicenne Tina e Alyse di 8 anni; chiedono un aiuto perché “è tutto fuori controllo” (parole di Ruth). Ruth si lamenta che il comportamento di Jim nei confronti di Tina “è quasi incestuoso”: frequentemente fa dei commenti su alcune parti del corpo di Tina, si comporta in maniera seduttiva, addossandosela sulla pancia o facendole il solletico quando cammina accanto a lui. Jim controbatte che il permissivismo e la mancanza di confini di Ruth hanno causato il comportamento odioso di Tina a casa e che Alyse ha iniziato ad imitare la sorella maggiore. Nella prima seduta, i genitori si incolpano l'un l'altro (“lui si comporta come un vecchio sporaccione”, “lei è una zoticona”) e le ragazze biasimano i genitori (“pensano più a litigare che ad occuparsi di noi!”). Se il terapeuta non riesce a formulare il trattamento in maniera da validare punti di vista così differenti – e non è un compito semplice quando aleggia lo spettro dell'incesto - il rischio di un'alleanza scissa è grande. Anche se tutti i membri della famiglia inizialmente sono coinvolti nel processo ed apprezzano il terapeuta, è inevitabile che ogni sottosistema cercherà di condurre il terapeuta a supportare la propria posizione. Nel caso estremo, la famiglia può interrompere il trattamento, con Tina nella posizione di maggior rischio.

Nel momento in cui concettualizziamo il sistema terapeutico come un insieme di sottosistemi interconnessi, il più importante di questi è la famiglia stessa, ovvero la famiglia senza il terapeuta. Finora ci siamo focalizzati sui sottosistemi diadici – il terapeuta ed ogni singolo membro della famiglia – o, nel caso del capitolo 6 (“Sicurezza nel sistema terapeutico”), sul modo in cui ogni cliente interagisce con il resto del sistema terapeutico. Ad ogni modo, è logico pensare che la coppia, o il gruppo familiare, sia l'unità che ha maggior potere di motivare al cambiamento, di avviarlo (Pinsof, 1994), e di influire sul risultato terapeutico finale (Knobloch-Fedders et al., 2007; Shields et al., 1991; Symonds & Horvath, 2004).

Il grado in cui i membri della famiglia investono nella terapia insieme è il *Senso di uno Scopo Condiviso*, il quale nel sistema di osservazione delle alleanze in terapia

familiare (SOFTA) viene definito come segue:

I membri della famiglia vedono loro stessi come aventi un ruolo attivo in terapia per migliorare le relazioni familiari e raggiungere obiettivi familiari comuni; si sentono solidali in terapia (“siamo in terapia insieme”) e danno valore al tempo che spendono insieme in terapia; essenzialmente, un senso di unità all’interno della famiglia in relazione alla terapia. (Friedlander, Escudero, Heatherington, Deihl, et al., 2004, p. 5)

Inizialmente concettualizzato da Pinsof (1994) come *alleanza all’interno della famiglia*, il *Senso di uno Scopo Condiviso* non solo riflette l’accordo dei membri della famiglia sugli obiettivi e sui compiti della terapia, ma anche la loro coesione come unità ed il valore che attribuiscono alla terapia come luogo per affrontare i problemi familiari.

Riteniamo che le alleanze tra i membri della famiglia siano qualitativamente differenti da quelle individuali tra ciascun cliente ed il terapeuta. Tuttavia, il grado in cui un senso di uno scopo è condiviso all’interno della famiglia è potentemente influenzato dall’atteggiamento e dal comportamento del terapeuta nei confronti di ciascun membro della famiglia e del gruppo intero. Le alleanze scisse (Heatherington & Friedlander, 1990b; Knobloch-Fedders et al., 2004, 2007; Pinsof, 1994; Pinsof & Catherall, 1986; v. Cap. 9), in cui i familiari in modo disuguale sono alleati con il terapeuta, possono essere le cause o le manifestazioni di uno scarso senso dello scopo all’interno della famiglia (M. Beck et al., 2006).

In molti casi, le famiglie arrivano in terapia disposte e desiderose di lavorare su obiettivi comuni. Al terapeuta occorre poco per condurre il trattamento su un percorso che mette tutti d’accordo. Nel paragrafo seguente, verranno descritte queste tipologie di situazioni, insieme ad esempi dei comportamenti del cliente che segnalano un forte senso di uno scopo condiviso lungo tutto il processo del trattamento.

Teoria e ricerca

In questo paragrafo, presenteremo una sintesi della letteratura sulle strategie terapeutiche che, sia ad un livello micro che ad un livello macro, possono aumentare il senso di uno scopo condiviso di una coppia o di una famiglia. Su quattro *case studies* analizzati a fondo (M. Beck et al., 2006), solamente una famiglia aveva iniziato il trattamento con un forte senso di uno scopo condiviso. Sebbene il figlio vedesse se stesso come un “ospite” che si trovava là solo per dare supporto alla madre, entrambi i clienti avevano lo stesso punto di vista riguardo al problema. Essi giunsero in terapia disposti ad impegnarsi reciprocamente e con il terapeuta per superare le difficoltà che li angosciavano. Dei quattro casi, questo fu l’unico che si concluse con un successo. Negli altri tre, i membri della famiglia erano venuti con motivazioni diametralmente opposte rispetto alla richiesta d’aiuto oppure come “querelanti”, colpevolizzandosi l’un l’altro per le disgrazie della famiglia. Nelle interviste di Beck e Colleghi con i singoli membri della famiglia, i clienti hanno meno da dire sulle alleanze con i loro terapeuti, e molto di più sulle differenze che esistevano nei punti di vista e negli obiettivi con gli altri membri

della loro famiglia. In maniera conforme ai dati dell'intervista, le valutazioni del Senso di uno Scopo Condiviso (e della Sicurezza) ottenute con il SOFTA-o variavano ampiamente, poiché dipendevano da quali membri della famiglia erano presenti in una determinata seduta. In una famiglia, la madre e la figlia avevano una forte alleanza tra loro quando il padre era assente. In un altro caso, la madre ed il padre condividevano un senso comune dello scopo in assenza del figlio. In entrambi i casi, dopo due sedute familiari, divenne chiaro che la terapia congiunta non era realizzabile, ed i trattamenti vennero separati in modo da fornire contesti validi per il lavoro terapeutico con ogni sottosistema. Sebbene in entrambi i casi i risultati non furono chiaramente dei successi, non furono nemmeno dei fallimenti.

Il senso dello scopo di una famiglia può diminuire in qualsiasi fase del trattamento. Quando è chiaro che i bisogni ed i punti di vista dei vari familiari sono divergenti, il terapeuta deve intervenire per ridirezionare il processo. Se ciò viene fatto abilmente, i clienti riescono a vedere che la terapia può aiutare l'intera famiglia, che definire la terapia in termini di vittoria-sconfitta alla fine rende tutti perdenti e che il compromesso non significa una sconfitta umiliante.

Una tale trasformazione implica l'elicitazione del punto di vista di ciascun cliente (Sluzki,1992) e la proposta di una prospettiva nuova, unitaria del problema, a cui ogni persona può far riferimento. Il passaggio da obiettivi individuali a obiettivi della famiglia è un processo che può avvenire direttamente o indirettamente (Rait, 1998). Utilizzando un approccio diretto, ridefinire o creare una nuova realtà di lavoro (Minuchin, 1974) è un intervento efficace, soprattutto quando la colpevolizzazione è evidente (Friedlander, Heatherington & Marrs, 2000), quando i membri della famiglia hanno una visione limitata delle alternative di soluzione (deShazer, 1995), o quando uno o più membri della famiglia sono clienti riluttanti. Il compito è particolarmente difficile quando i familiari sono in conflitto o esprimono bisogni opposti. Con gli adolescenti, per esempio, il terapeuta deve trovare un modo per supportare i loro obiettivi personali (Diamond & Liddle, 1996) senza contrastare l'autorità o gli obiettivi dei genitori. Nell'approccio di Liddle e Schwartz (2002) per il trattamento della depressione nelle adolescenti, l'obiettivo è di aiutare la ragazza a dire ai suoi genitori in che modo l'hanno delusa o perché lei è arrabbiata e ferita dal loro comportamento o dalle loro scelte (es: divorzio). Prima di dare tale spazio all'adolescente, va tenuta una seduta individuale con i genitori per prepararli ad ascoltare empaticamente e senza resistenze. Tale processo non può funzionare, tuttavia, a meno che i genitori non siano convinti che un'apertura a ricevere una critica favorisca i loro scopi quanto quelli della figlia.

In qualche misura, le modalità utilizzate dai terapeuti per aumentare il senso di uno scopo condiviso da parte della famiglia sono teoria-specifiche. Considerando un approccio indiretto (Rait, 1998), i terapeuti esperienziali come Whitaker e Keith (1981) o Satir (1964), per esempio, utilizzano il gioco, la fantasia, l'umorismo, le rivelazioni personali, ed il confronto per spingere all'unità i membri della famiglia. Addirittura, in "una battaglia per la struttura", Whitaker deliberatamente si propone come il nemico comune della famiglia, spingendo i membri della famiglia a fare l'esperienza di essere un'unità coesa (p. 334). Quando coloro che colpevolizzano vengono incoraggiati a mostrare il loro dolore nascosto e coloro che sono colpevolizzati reagiscono con gentilezza ed empatia (Greenberg & Johnson, 1988), ognuno vede che la terapia può cam-

biare i sentimenti delle persone, che l'angoscia può essere rimpiazzata da connessioni emotive nuove e più intense.

I costruzionisti come Tomm (1987), Sluzki (1992), e M. White e Epston (1990) lavorano in modo da offrire alle famiglie una nuova esperienza avendo come bersaglio le loro cognizioni. Tomm fornisce alle coppie una nuova esperienza facendo parlare a lungo, a turno, entrambi i partner dei problemi che esistono tra di loro, però ponendosi ognuno nella prospettiva dell'altro. Tale processo, in cui si chiede ad ogni partner di ascoltare e di non interrompere, drammatizza la comune esperienza della coppia di essere feriti e sentirsi incompresi, vittime, o bisognosi. In maniera analoga a Tomm, Sluzki utilizza domande circolari, riflessive e trasformative ("Come reagirà tua madre quando tuo padre non sarà più depresso?") per indirizzare i clienti dal "vecchio racconto" ad uno nuovo in cui ognuno gioca un ruolo vitale all'interno della famiglia. La ricerca sul modello di Sluzki (Coulehan et al., 1998) suggerisce che i clienti diventano fiduciosi quando i terapeuti esplorano i valori condivisi della famiglia ed evidenziano come i problemi individuali siano collegati alla storia della famiglia o alla sua struttura (es: genitore single o risposato, famiglia con differenze culturali). In un caso, il problema comportamentale del nipote fu attribuito alla difficoltà di crescere come figlio unico vivendo con i nonni anziani (Coulehan et al., 1998).

I *Reflecting Teams* (Andersen, 1991; Lax, 1991), un cardine dell'approccio costruzionista, sono efficaci quando riescono a proporre alla famiglia un modello di come un gruppo può raggiungere un senso di uno scopo condiviso. In questo processo, il *team* osserva una seduta familiare e successivamente, a metà, si scambia i posti con la famiglia per confrontarsi sulle percezioni di quanto è stato detto. Solitamente, ciascun membro del *team* inizia dando voce o empatizzando con il punto di vista di uno dei membri della famiglia, ma alla fine della loro conversazione, il *team* raggiunge un consenso riguardo alla natura del problema e alla modalità più utile nel procedere. Nonostante non sia un fine esplicito di questo approccio, lo stesso processo di rispecchiamento dimostra come l'unità possa emergere da situazioni disunite.

I terapeuti che si rifanno ad un approccio multigenerazionale (Bowen, 1976; Framo, 1992; Kerr & Bowen, 1988) o psicodinamico (Scharff & Scharff, 1987) utilizzano la ridefinizione o l'interpretazione per raggiungere tale fine. Offrendo ai membri della famiglia una prospettiva nuova riguardo al problema, il terapeuta facilita nuove introspezioni rispetto alle loro relazioni. Vedere le cose sotto una luce diversa sottolinea il valore della terapia. Per esempio, quando dei fratelli adulti entrano in conflitto con i genitori su qualcosa che sta succedendo nelle loro vite presenti, Framo li aiuterebbe a vedere la connessione tra la lite presente e le vecchie dinamiche, le ferite non risolte, ed i risentimenti. Nel momento in cui i membri della famiglia cominciano a ricordare e poi a lavorare sulle fonti di incomprensione e dolore di vecchia data e profondamente radicate, si rendono conto dell'importanza del lavoro terapeutico – per intenderci, di mettere "vino nuovo dentro le vecchie botti".

Senza dubbio, i terapeuti strategici e strutturali come Haley (1976), Minuchin (1974), e Fishman (1988; Minuchin & Fishman, 1981) possono insegnarci molto sul far salire le famiglie "a bordo" della terapia sfidando attivamente lo status quo. Fin dall'inizio del trattamento, i terapeuti strutturali esplicitano lo scopo della seduta e le regole di base, e chiariscono le loro aspettative e quelle della famiglia. Nel corso

del trattamento, dirigono le interazioni della famiglia oppure fanno mettere in atto delle interazioni che coinvolgono tutti (Piercy, Laird & Mohammed, 1983). Quando è necessario, essi bloccano i tentativi dei clienti di allearsi con loro a discapito di altri membri della famiglia, e lavorano per costruire delle alleanze all'interno dei sottosistemi, come il sottosistema "esecutivo" (genitoriale) (Minuchin & Fishman, 1981, p.21) ed il sottosistema dei fratelli, al fine di rafforzare gli individui ed evitare che vi siano capri espiatori o "deviazioni dei conflitti" (p. 147). I terapeuti strutturali arrestano con forza ogni accusa improduttiva e ogni scambio caotico tra i membri della famiglia (Piercy et al., 1983). Quando un figlio rifiuta di aprirsi, Minuchin potrebbe ignorarlo deliberatamente (Heatherington & Friedlander, 1990a), piuttosto che chiedere in modo provocatorio agli altri membri della famiglia il motivo del suo comportamento ("In che modo contribuite al comportamento di vostro figlio?") finché il ragazzo non si faccia strada da solo nella conversazione. Inserendosi nel sistema familiare, Minuchin et al. (1967) costruivano alleanze tra i membri della famiglia cambiando la disposizione dei posti a sedere (per esempio, in modo da avvicinare i fratelli) o ridefinendo un problema individuale in un'ottica interpersonale ("Lui non è un delinquente. È giovane e incosciente, e tu [madre] rinforzi la sua immaturità!"; Heatherington & Friedlander, 1990a). I terapeuti strutturali ed i sistemici della scuola di Milano utilizzano le domande circolari (Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin, & Prata, 1978) ed i messaggi indiretti (Friedlander et al., 1987) per aiutare i clienti a vedere i loro problemi in maniera meno individuale e più *interpersonale*. Da tale punto di osservazione, i clienti si rendono presto conto che c'è bisogno del contributo di ognuno per trovare una soluzione familiare.

Nelle ricerche sul modo in cui i terapeuti strategico-strutturali riescono a spostare i clienti riluttanti dal polo del disimpegno a quello del coinvolgimento reciproco (Friedlander, Heatherington, Johnson & Skowron, 1994; Heatherington & Friedlander, 1990a), i terapeuti più efficaci ridirezionavano i loro sforzi, dopo aver chiesto infruttuosamente ai membri della famiglia di coinvolgersi nel dialogo con gli altri. Quando il coinvolgimento non era subito disponibile, i terapeuti si spostavano dal contenuto al processo, focalizzando l'attenzione dei clienti sulla natura interpersonale dell'*impasse* e sui pensieri e i sentimenti che la mantenevano. Per tutta la durata di questi episodi, i terapeuti esploravano, persuadevano, e provocavano i membri della famiglia ad evidenziare il bisogno di lavorare insieme. In un caso, per esempio, il terapeuta fece notare che se i genitori non fossero riusciti a collaborare per controllare la loro figlia fuori-controllo, la ragazza avrebbe corso il rischio di essere inserita in una struttura residenziale. In un altro caso, il terapeuta incoraggiò una coppia separata a riprendere il dialogo dopo che per lungo tempo avevano preferito interromperlo. Alla fine, l'uomo si riavvicinò all'ex-moglie, esclamando: "Sono i nostri bambini! Dobbiamo prenderci cura di loro!".

Un modo per coinvolgere reciprocamente i clienti nella soluzione dei loro problemi implica concentrarsi sulla riluttanza dei membri della famiglia a lavorare per un obiettivo comune (Friedlander, Heatherington et al., 1994). In una famiglia, la madre in lacrime spiegò che alla base della sua rabbia verso il comportamento del figlio, vi era la sofferenza dovuta al fatto che il figlio stesse crescendo lontano da lei. Ascoltando il suo dolore, il ragazzo attenuò il suo atteggiamento rabbioso, rassicurando la madre

che la loro relazione era più forte che mai, ma differente. Da quel momento in poi, fu abbastanza facile per il terapeuta proporre un obiettivo comune che andasse bene ad entrambi: costruire una nuova relazione fatta di rispetto ed affetto reciproco.

Nello studio di Friedlander, Heatherington et al., (1994), “gli eventi di supporto al coinvolgimento” che avevano prodotto buoni risultati venivano messi a confronto con quelli di scarso risultato, che facevano terminare la seduta senza che la famiglia fosse giunta ad una discussione produttiva (p. 438). La differenza più singolare tra i due gruppi consisteva nell’incapacità del terapeuta a indirizzare la conversazione sull’impasse fondamentale. In un caso, una coppia venne guidata nella creazione di un piano per gestire gli impegni che riguardavano i figli. Il marito oppose ai suggerimenti della moglie tutte le possibili ragioni sul perché la certa cosa non potesse funzionare, oppure come mai i figli non fossero gestibili, e così via. Alla fine, agitandosi sempre più, si rivolse alla terapeuta dicendo qualcosa del tipo: “Non funzionerà *nulla*”, a ciò questa reagì chiedendogli come mai fosse venuto in terapia. Il marito replicò audacemente “Sono qui solo perché mia moglie mi ha detto che mi avrebbe lasciato se non fossi venuto!”:

Le strategie per aumentare il senso di uno scopo condiviso di una famiglia, sebbene siano coerenti con varie teorie, non sono comunque del tutto teoria-specifiche. In effetti, i terapeuti familiari di orientamenti differenti si comportano in modo simile sotto diversi punti di vista (Friedlander et al., 1985, 1987). Esempi di comportamenti specifici messi in atto per conseguire il fine suddetto consistono nello stimolare il dialogo familiare, nell’utilizzare le messe in scena di interazioni (Butler & Wampler, 1999), nel catturare deliberatamente i membri più silenziosi con domande o empatia, nell’incoraggiare i clienti ad impegnarsi o a interessarsi al punto di vista dell’altro, e nel lodare i membri della famiglia per il rispettare il punto di vista dell’altro anche quando non lo condividono. Per aiutare i clienti a vedere se stessi come un’unità, i terapeuti più efficaci pongono l’attenzione sui valori, sulle esperienze, sui bisogni ed i sentimenti condivisi dai membri della famiglia così da proporre loro una prospettiva unitaria della loro situazione.

Tuttavia, i terapeuti contribuiscono spesso involontariamente ad indebolire il senso di uno scopo condiviso dalla famiglia. Tale risultato negativo può verificarsi fin troppo facilmente, quando i terapeuti che hanno esperienza solo con pazienti individuali iniziano a lavorare con le coppie o le famiglie senza una conoscenza teorica e pratica dei sistemi familiari e senza supervisione. Non è possibile, né desiderabile fare una terapia individuale con un cliente, quando altri membri della famiglia sono silenziosamente presenti nella seduta. Il processo può produrre etichette, capri espiatori, e accuse mentre il terapeuta ignora, o è beatamente ignaro, delle importanti dinamiche sistemiche che sostengono il problema.

Anche adottando una prospettiva sistemica, i terapeuti possono inavvertitamente compromettere l’alleanza intra-familiare. Ciò accade molto spesso quando, proprio all’inizio del trattamento, il terapeuta accetta la definizione del problema da parte di un cliente, una definizione che colpevolizza un altro cliente (Symonds & Horvath, 2004). Difatti, in qualsiasi fase del trattamento un terapeuta può compromettere l’alleanza familiare se non si oppone a quel membro della famiglia che si comporta costantemente come se fosse il co-terapeuta, o se accetta tacitamente una prospettiva riguardo al problema, senza elicitare gli altri punti di vista. Tipicamente, un genitore si lamenta

del comportamento problematico del figlio ed il terapeuta si lancia in un piano di intervento per correggere tale comportamento, senza prendere in considerazione il punto di vista del figlio. Questi, vedendo il terapeuta come un'altra figura autoritaria che si intromette, probabilmente si tirerà indietro ad ogni suggerimento. Solamente quando il terapeuta ridefinisce gli obiettivi ed i compiti della terapia in modo tale che il figlio si renda conto del valore della collaborazione, i genitori ed il figlio riusciranno a mantenere un forte senso di uno scopo condiviso nel processo terapeutico.

Minacce più sottili all'alleanza terapeutica compaiono quando il terapeuta va avanti seguendo le priorità di un cliente, senza chiedere agli altri se vogliono fare lo stesso, o quando il terapeuta non interviene nel momento in cui i membri della famiglia discutono sul valore o sullo scopo della terapia. Infine anche i terapeuti che, sorridendo o sghignazzando, si uniscono alla derisione di un membro della famiglia da parte di un altro, possono involontariamente compromettere l'alleanza familiare.

Sentirsi uniti all'interno della famiglia

Le coppie e le famiglie hanno una storia in comune ed una "lealtà" reciproca (Symonds & Horvath, 2004) che precede lo sviluppo dell'alleanza con il terapeuta. Quando si presentano per chiedere una terapia, tre sono le situazioni che facilmente conducono ad un forte senso dello scopo condiviso all'interno della famiglia: i nemici comuni, gli ostacoli, e le minacce all'integrità della famiglia.

L'espressione *nemici comuni* si riferisce alle situazioni in cui i membri della famiglia richiedono un aiuto per occuparsi del "sistema indiretto del paziente" (Pinsof, 1994, p. 174), cioè quando qualche altra persona, o parte della famiglia, è vista come problematica. Coloro che si presentano come clienti, fin dall'inizio, sono tutti in accordo nel ritenere che debbano seguire una certa linea per trattare con la/le persona/e problematica/che, il cui comportamento mette in pericolo la loro sicurezza ed il loro benessere. Una situazione comune è quella relativa ai parenti acquisiti, come la famiglia d'origine di uno dei genitori, oppure i futuri genero o nuora. Un'altra preoccupazione comune riguarda la maniera di porsi di fronte ad un membro problematico della famiglia, come qualcuno con seri problemi di droga o alcool. Per esemplificare, Alice e Brad Harrison, entrarono in terapia quando il ventiduenne Jason, che aveva un disturbo bipolare, iniziò ripetutamente a rimbalzare fra i reparti ospedalieri e le celle della prigione, dimentico delle raccomandazioni del trattamento e apparentemente determinato ad uccidersi con l'alcool o tramite altri comportamenti pericolosi. Gli Harrison lottarono non solo con Jason ma anche contro tutti gli altri – medici, funzionari della libertà vigilata, avvocati, membri della famiglia allargata – che insistevano su linee d'azione mutualmente escludentisi.

Le presentazioni in cui la persona pericolosa viene descritta come un nemico comune dovrebbero essere prese in considerazione con cautela. Nel condannare la terza parte, un cliente semplicemente può appoggiare solo a parole l'altro, senza sentirsi personalmente minacciato o indignato allo stesso modo o allo stesso livello. "Assecondare" può essere visto come il male minore. Se il terapeuta non si accorge che all'interno della

famiglia può non esserci uniformità, si può sviluppare un'alleanza scissa che fa deragliare il processo o ha come esito l'abbandono precoce del trattamento.

Alcune famiglie incontrano ostacoli lungo il loro percorso di vita. Tali ostacoli spesso consistono in questioni relative al ruolo genitoriale, soprattutto quando si presentano situazioni nuove. Kaiesha Collins, per esempio, cercò aiuto quando DeJohn, di 7 anni, iniziò a regredire e a fare i capricci in seguito alla nascita del fratello. DeJohn e lei erano d'accordo sul fatto di aver bisogno di un aiuto poiché, come DeJohn disse: "La nostra famiglia ora è diversa, e non mi piace!". Una coppia divorziata chiese una consulenza quando la loro figlia tredicenne, un tempo dolce e collaborativa, divenne sboccata, rivendicando autonomia ed una serie di privilegi che non andavano bene ai genitori. Ipotizzando che la figlia stesse usando il divorzio come pretesto per il suo comportamento imperdonabile, i genitori cercarono un aiuto congiuntamente, nonostante non vivessero più insieme da molti anni.

Altre tipologie di ostacoli conducono le famiglie al trattamento quando le scelte che si trovano ad affrontare hanno un effetto drammatico sulla qualità della vita di uno o più membri della famiglia. Alcuni esempi sono la decisione di adottare in caso di infertilità, i conflitti rispetto a dei cambiamenti lavorativi (trasferimento, pensione, cambiamento dello *status* da lavoratore a genitore a casa o viceversa), le opinioni divergenti rispetto all'eventualità di accogliere un genitore malato in casa. La maggior parte delle famiglie trova dei modi per risolvere tali questioni senza andare in terapia, ma a volte il problema può assumere vita propria. Quando accade ciò, non è insolito che un membro della famiglia sviluppi dei sintomi, e questi sintomi spingono la famiglia a cercare un aiuto.

Un altro ostacolo di sviluppo è la separazione familiare. La famiglia Douglas, Lily e i suoi 3 figli, entrarono in terapia dopo che il padre se ne era andato via di casa con un'altra donna. Dal momento che questi era violento sia verbalmente che fisicamente, per la famiglia era stato più traumatico vivere con lui che vivere senza. Lo scopo della terapia non fu solo quello di permettere ai figli di dar voce alla sofferenza e alla rabbia, ma anche di fornire un'opportunità alla madre e ai figli di tornare ad essere insieme un'unità familiare armonica. Come espresso da Lily, "Abbiamo bisogno di capire come è una famiglia monogenitoriale".

Un'altra situazione ancora che può presentarsi e che conduce ad un forte senso di uno scopo condiviso, si verifica quando vi è una minaccia all'integrità della famiglia. Le circostanze più comuni comprendono lutti e traumi. Una famiglia cercò aiuto sei mesi dopo che il loro figlio 22 enne, tuffandosi, ebbe un incidente che lo rese tetraplegico. Entrambi i genitori soffrivano profondamente per la condizione del figlio e nessuno dei due aveva le risorse interiori necessarie a fornire un supporto all'altro, di fronte a tale tragedia. Un altro esempio è quello di una famiglia che venne in seguito all'incendio che distrusse la loro casa; i figli soffrivano di incubi, flashback e problemi comportamentali, ed entrambi i genitori erano depressi ed irritabili, riuscendo con fatica a mandare avanti il loro ristorante.

In tutti questi casi era avvenuto, o stava per avvenire, un cambiamento e vi era un chiaro riconoscimento o consapevolezza, da parte di coloro che erano coinvolti, di aver bisogno dell'aiuto di un professionista. In tali situazioni, il terapeuta deve fare ben poco per creare un accordo comune rispetto agli obiettivi o al set di obiettivi, ed i membri

della famiglia che vengono in terapia lo fanno in maniera del tutto volontaria ed esprimono il loro desiderio di cambiare o di risolvere. Da un punto di vista comportamentale, i membri della famiglia con un forte senso dello scopo condiviso, sono disposti ad impegnarsi, interrogandosi l'un l'altro rispetto ai loro punti di vista, e validando esplicitamente la prospettiva altrui, anche quando sono in disaccordo (“Capisco il tuo punto di vista, anche se continuo a pensare che...”). In seduta, tutti si impegnano o sono attenti, o in caso contrario, i membri più attivi della famiglia provano a coinvolgere quelli più taciturni. A livello non verbale, i membri della famiglia esprimono il senso di uno scopo condiviso sedendosi l'uno accanto all'altro o rispecchiando in maniera reciproca il linguaggio corporeo; hanno un contatto visivo frequente e sono attenti nel prendere la parola così che ognuno possa essere ascoltato. Anche scherzare, condividere un momento di spensieratezza, protendersi verso l'altro, o stabilire un contatto fisico durante le discussioni difficili sono segnali del senso di unità o di quanto viene apprezzato il tempo trascorso insieme in terapia.

Nel paragrafo successivo, presenteremo delle situazioni comuni in cui il senso di uno scopo condiviso è debole fin dall'inizio del trattamento, oppure si dissolve nel corso della terapia.

Disunione nell'alleanza familiare

Ed e Marianne Wilson chiesero un aiuto per un problema specifico, che dalla loro descrizione consisteva nel capire come aiutare Todd, il fratello minore di Ed, a vivere da solo. Due anni prima, avevano invitato Todd a vivere da loro dopo essere scappato dai genitori irresponsabili ed alcolisti. All'origine Marianne, provando dispiacere per Todd, aveva accettato l'idea. Ora, tuttavia, Todd stava distruggendo la loro stretta unità familiare, tornando ubriaco in piena notte, prendendo in giro i loro figli in modo impietoso, e senza contribuire in nessun modo alla vita in comune. In seduta, Ed era d'accordo con Marianne sul fatto che Todd dovesse andarsene, ma segretamente si sentiva tremendamente in colpa quando paragonava la situazione di Todd alla sua; lui aveva “una bella moglie, un buon lavoro e dei figli fantastici” e Todd “non aveva nulla tranne che ricordi orribili”. Non appoggiando totalmente Marianne, Ed sabotava indirettamente gli sforzi di lei nel porre dei limiti a Todd e trovava delle scuse per non invitare suo fratello ad unirsi a loro in terapia. Dopo diverse settimane in cui l'ambivalenza di Ed non venne né affrontata né riconosciuta, la relazione coniugale mostrò segni di tensione.

I coniugi Wilson si erano inizialmente presentati con un problema ben definito, per così dire, apparentemente gestibile. Entrambi i clienti erano “sulla stessa lunghezza d'onda” circa lo scopo e l'importanza di cercare l'aiuto di un professionista. Durante i primi incontri, si sedevano insieme sul divano, sorridendosi frequentemente, e completando l'uno le frasi dell'altro. Vi era premura ed un autentico senso di condivisione rispetto all'obiettivo della terapia e a ciò che essi volevano dal terapeuta. Nel corso del tempo, invece, divenne chiaro che Marianne non riusciva a gestire Todd senza il supporto del marito ed Ed non se la sentiva di affrontare suo fratello. Andare alle sedute

diventò pesante, come se ciascun cliente avesse avuto paura di ciò che l'altro avrebbe detto. Il figlio minore cominciò ad avvertire la tensione, e la vita familiare divenne sempre più tesa. Per evitare di far fronte al disaccordo su Todd e alla loro reciproca delusione, i coniugi Wilson iniziarono a utilizzare le sedute di terapia per discutere dell'educazione dei figli.

Purtroppo, l'esperienza dei coniugi Wilson in terapia è fin troppo comune. Nel linguaggio del SOFTA, le loro sedute iniziali erano caratterizzate da alta energia e coinvolgimento, forti connessioni emotive con il terapeuta, senso di sicurezza ed un chiaro scopo condiviso. Tre mesi dopo, Marianne aveva perso le speranze sia nella terapia che verso la situazione familiare. Ed temeva che Marianne volesse usare la terapia per dargli un ultimatum, ed il loro senso di uno scopo condiviso si era ridotto a processo di evitamento collusivo.

Ci sono altre situazioni in cui il senso di uno scopo può diminuire. Una situazione frequente è quella in cui i problemi della famiglia sono molti e la struttura familiare è caotica. Denominiamo questa situazione "la crisi come norma". Le famiglie che tendono alla crisi possono presentarsi con un forte senso di uno scopo condiviso all'inizio della terapia e gli obiettivi che identificano appaiono spesso ragionevoli e gestibili. Alla lunga, tuttavia, diventa chiaro che la vita familiare è costantemente tinta dal dramma e la preoccupazione presentata inizialmente viene annegata da ondate di altri seri problemi.

Ad esempio, in seguito ad un grave infortunio sul lavoro, Carlos Ortiz e sua moglie Teresa (ed i loro tre figli adolescenti) vennero in terapia, incoraggiati dal sacerdote della loro parrocchia. La famiglia definì il problema in termini comportamentali: capire come prendersi cura di Carlos, decidere se Teresa dovesse riprendere a lavorare e, in generale, imparare a vivere nelle nuove condizioni. Durante il primo mese di trattamento, Miriam, la figlia sedicenne, venne stuprata. Jorge, il fratello maggiore, cercando di vendicarsi, venne ricoverato in ospedale in seguito ad un brutale litigio a scuola, mentre il fratello minore, David, fu arrestato per aver rubato dei coperchi coprimozzo. Ogni seduta di terapia verteva su un tema nuovo, relativo ad un momento di crisi e, nel caos, nessun membro della famiglia riusciva ad articolare uno scopo coerente per la terapia.

Il senso di uno scopo condiviso di una famiglia può diminuire inoltre quando nel corso della terapia vi è una rivelazione sgradita. In tali circostanze, il trattamento comincia con una solida alleanza intra-familiare, ma viene detto qualcosa in terapia che sposta l'obiettivo e mette dei confini intorno alle lealtà familiari. Tipico di questa dinamica è un atteggiamento esplicito oppure un evento che sposta il focus dai figli alla coppia. Terrell e Josie Hubbard iniziarono la terapia per aiutare Duane, la figlia di dieci anni, che aveva problemi scolastici e litigava con i compagni. Il sospetto del terapeuta che ci fosse qualche problema nella coppia venne confermato quando, nel corso della sesta seduta, Josie rivelò che al marito era stata sospesa la patente di guida. L'insistenza di Josie ad affrontare in terapia il problema del bere di Terrel era troppo scomoda per lui, ed il disaccordo coniugale sull'argomento portò in breve tempo ad una sospensione del trattamento.

La riduzione del senso di uno scopo all'interno della famiglia può inoltre verificarsi quando il lavoro terapeutico comincia ad avere effetti positivi, ma dei cambiamenti im-

previsti minacciano lo status quo. Una situazione tipica è quella in cui il miglioramento sintomatico di un membro della famiglia impone agli altri membri cambiamenti non graditi. In termini sistemici, l'omeostasi viene sconvolta e viene messo in moto un cambiamento di secondo tipo (Hoffman, 1981). Ad esempio, il grave comportamento ossessivo-compulsivo era stato per molti anni così invalidante che, all'inizio del trattamento, Adrian non riusciva a lavorare e a fare un granché a casa. Nonostante Robin, sua moglie, si lamentasse dell'eccessivo carico che i problemi del marito riversavano su di lei, quando Adrian cominciò a migliorare, il potere di lei nella famiglia vacillò. Nel momento in cui Adrian iniziò a far valere la sua autorità e a fare richieste, i problemi coniugali latenti iniziarono ad affiorare. Robin incolpò la terapia per questi cambiamenti inaspettati e non voluti.

Le situazioni precedentemente illustrate sono degli esempi di come un solido senso di uno scopo può disintegrarsi nel corso del tempo. Tuttavia, è fin troppo frequente iniziare il trattamento senza una forte alleanza all'interno della famiglia. I clienti che sono obbligati alla terapia o che sono "ostaggi" (v. Cap. 11) tendono ad investire poco nella terapia fin dall'inizio. Altri clienti, nonostante si siano volontariamente rivolti ad un professionista per un aiuto, non formulano un senso di uno scopo condiviso poiché ognuno non vuole o è incapace di vedere la situazione da qualsiasi altra prospettiva che non sia la sua. Purtroppo, la prognosi per le famiglie come queste, è negativa, a meno che il terapeuta non sia capace di costruire alleanze tali da far sentire ognuno personalmente investito.

In tali situazioni, si evidenzia sin dall'inizio del trattamento una situazione polarizzata, in cui una persona (o un sottosistema) colpevolizza l'altro e nessuno ascolta in modo da facilitare il coinvolgimento e promuovere il rispetto. Da un punto di vista comportamentale, i clienti possono essere ostili e sarcastici, squalificando le opinioni ed i punti di vista degli altri, litigando sullo scopo o sul valore della terapia, o su chi dovrebbe o non dovrebbe essere presente nella seduta. Un comportamento eloquente è il tentativo del cliente di schierarsi con il terapeuta a danno degli altri membri della famiglia chiedendogli, ad esempio, di prendere una posizione, di stabilire chi ha ragione, oppure di intervenire in un determinato modo. Esempi più subdoli consistono nell'accentuare una controversia ("Può dire di nuovo a mia figlia ciò che le ha detto la settimana scorsa?" oppure "Mio padre ha bisogno di sentirsi dire che deve farsi visitare da un cardiologo") oppure nello scherzare con il terapeuta a discapito di un altro membro della famiglia.

Da un punto di vista non verbale, i membri della famiglia possono mostrare la mancanza di uno scopo condiviso evitando il contatto visivo, ignorandosi, monopolizzando la conversazione o adottando una postura difensiva ogni volta che gli altri stanno parlando. In casi estremi, nessun membro della famiglia si sente sicuro nel contesto terapeutico, poiché trovare un senso di uno scopo condiviso richiede l'assunzione di una responsabilità personale. Ci vuole maturità e coraggio per guardare in maniera critica il proprio comportamento ed i propri atteggiamenti.

Caso illustrativo: la casa costruita dalla paura

Michael e Tiffany Rosen, una coppia della middle-class, erano sposati da otto anni ed avevano un figlio, Philip, di cinque mesi. Michael era un funzionario statale mentre Tiffany lavorava part-time a casa come programmatrice informatica.

Fino a nove mesi prima, Tiffany non aveva idea che il suo matrimonio avesse dei problemi. Nonostante lei non gradisse il fatto che Michael passasse con gli amici la maggior parte del suo tempo libero dopo il lavoro, di solito bevendo birra, lei trascorreva molto tempo con sua madre. Tiffany si descriveva come un "clone" di sua madre - si assomigliavano, avevano gli stessi valori e le stesse credenze e per vari aspetti sembravano una persona sola. Erano state estremamente vicine sin da quando il padre di Tiffany abbandonò la famiglia, quando lei aveva dieci anni. A causa dell'abbandono paterno, Tiffany sentiva che era importante avere "il controllo" della sua vita. Michael era passivo, proprio come il patrigno di Tiffany. In realtà, il matrimonio di Tiffany rispecchiava il secondo matrimonio di sua madre. Nonostante Tiffany si lamentasse della passività di Michael, lui almeno non tentava di controllarla.

Quando Tiffany annunciò a Michael di voler mettere su famiglia, gli disse che ne aveva parlato a lungo con sua madre prima di giungere alla decisione. (La coppia, sposata da sette anni, non aveva mai parlato seriamente dell'eventualità di avere dei figli). Non c'era bisogno per lei di parlare della sua decisione con Michael, dato che lui aveva sempre fatto ciò che voleva lei. Un mese prima che il figlio nascesse, Michael disse a Tiffany che era infelice nel matrimonio e che l'avrebbe lasciata dopo la nascita del figlio. Si rifiutò fermamente di discutere delle sue ragioni nonostante le lacrime, la rabbia e le suppliche di Tiffany.

Quando il bambino ebbe un mese, Michael si trasferì da alcuni amici. Continuava a vedere Tiffany e Philip qualche volta durante la settimana e forniva loro un aiuto economico. Tre mesi dopo, Michael annunciò di voler tornare a casa. Tuttavia non diede spiegazioni e Tiffany, prima di permettergli di ritornare, insistette affinché facessero una terapia di coppia.

Nella prima seduta, Tiffany esprime il suo tremendo dolore, rabbia e confusione rispetto a ciò che Michael aveva fatto. Lui era passivo e a disagio mentre lei parlava. Quando gli venne chiesto il suo punto di vista, Michael disse solo che era stato infelice nel matrimonio poiché Tiffany e sua madre erano come un circolo ristretto, da cui si sentiva escluso. Tuttavia, nei pochi mesi di lontananza, Michael si sentì solo e volle tornare a casa da sua moglie e suo figlio.

Inizialmente, i coniugi Rosen avevano un forte senso di uno scopo: decidere se il loro matrimonio poteva essere salvato. Era un obiettivo ben definito, e cominciarono a lavorare con il terapeuta verso quel fine. Il terapeuta, convinto che la catarsi, il perdono e la condivisione del dolore e della sofferenza sarebbero stati d'aiuto, orientò il trattamento all'espressione dei sentimenti.

Dopo poche settimane, Tiffany esprime la sua disperazione riguardo alla situazione. Iniziava ogni seduta chiedendo al marito di cosa volesse parlare, ma Michael semplicemente scrollava le spalle e ciondolava la testa. Successivamente Tiffany esclamava piangendo di non potersi fidare, che lui l'aveva ferita profondamente, che si sentiva senza speranza. Michael stava seduto in silenzio, visibilmente ansioso e timoroso di par-

lare per evitare di infastidirla ulteriormente. Divenne chiaro che Tiffany stava cercando una reazione emotiva da parte di Michael, il quale non sapeva proprio come esprimerla. Nonostante Tiffany sembrasse più coinvolta nel processo terapeutico e si sentisse abbastanza sicura ad esprimere pienamente se stessa, iniziò a risentirsi per la passività di Michael, avvertendo che tutto questo segnalava la mancanza di un investimento nel salvare il loro matrimonio. Lei espresse la sua insoddisfazione rispetto a come la terapia stava procedendo, meditando se dovesse continuare a venire alle sedute “solo per piangere e sentirsi ancora invisibile”.

A questo punto, il terapeuta, riconoscendo che la “valuta” verbale della terapia non funzionava con Michael, propose un percorso alternativo. Interrogato su cosa sarebbe stato disposto a fare per migliorare la situazione, Michael suggerì esitando, che Tiffany e lui “uscissero per un appuntamento”. Ascoltando ciò, il terapeuta propose un nuovo obiettivo, che entrambi i partners accettarono volentieri: provare a funzionare di più come coppia senza discutere del passato o pretendere l’impegno dall’altro. Tiffany era ansiosa di provare qualcosa proposto da Michael. Il terapeuta la avvertì di non far emergere sfiducia, paura, o dolore durante i loro appuntamenti, mentre a Michael si richiedeva di fare qualunque cosa per mostrare a Tiffany che le voleva bene.

Due settimane dopo, la coppia si presentò alla seduta con spensieratezza e scherzando. Avevano sospeso tutte le discussioni riguardo a ciò che li aveva portati a separarsi e all’ipotesi di tornare a vivere di nuovo insieme, e qualcosa era chiaramente scattato. Tiffany rispondeva alle domande, apprezzando gli sforzi fatti da Michael per essere romantico (portandole i fiori, vestendosi bene per i loro appuntamenti, facendole i complimenti per il suo aspetto). Il terapeuta, rincuorato, suggerì alla coppia di pianificare un’uscita speciale della famiglia a tre, piuttosto che Michael continuasse a portare fuori suo figlio come un padre divorziato. Senza esitazione Michael propose una gita allo zoo, e Tiffany fu ben felice di accettare.

Il primo punto di svolta nel trattamento fu lo spostamento dagli interventi emotivi a quelli comportamentali. Il secondo fu fortuito, ma fu quello che fortificò l’obiettivo comune della coppia di ristabilire l’unità familiare. Avvenne più o meno così. Nel corso di una seduta, Tiffany sottolineò in maniera diretta che le piaceva guardare Michael ed il figlio Philip mentre si facevano smorfie scherzose. Il terapeuta, vedendo l’accenno di un sorriso nell’espressione solitamente impassibile di Michael, chiese a Tiffany di dire a Michael ciò che pensava di lui come padre. Senza esitazione, guardò Michael e gli disse: “Sei un padre *meraviglioso*!”. Successivamente, incoraggiata dal terapeuta, descrisse nei dettagli il suo modo di comportarsi con Philip, che l’aveva portata a trarre tale conclusione. Il terapeuta, accorgendosi che lei riprendeva a lamentarsi di nuovo dell’abbandono di Michael (“...è per questo che fa male...”), la bloccò e si rivolse a Michael chiedendo che effetto gli faceva. All’improvviso, singhiozzando, Michael aprì il suo cuore. Aveva lasciato sua moglie e suo figlio per la paura tremenda che sarebbe stato un padre terribile come il proprio, non disponibile ed emotivamente assente. Quando nacque Philip, Michael si convinse che il figlio sarebbe stato meglio senza di lui. Tiffany, completamente presa alla sprovvista da questa profonda apertura del marito, rimase in silenzio.

A questo punto, l’occasione di fornire una ridefinizione curativa era a portata di mano del terapeuta. Lodando Michael per aver superato la sua paura tanto da rendere

possibile tale scoperta emotiva, il terapeuta si concentrò sul fatto che entrambi i coniugi avevano degli “scheletri nell’armadio” del loro passato, i quali avevano annebbiato il loro matrimonio e la loro capacità di condividere la responsabilità dell’educazione dei figli. Come detto da Michael, egli temeva di ripetere il matrimonio privo di amore dei suoi genitori ed era preoccupato di essere un padre distante ed incapace come lo era stato il suo. Tiffany, d’altra parte, aveva ripetuto più volte di non aver mai superato l’abbandono di suo padre. Pertanto anche lei aveva paura di replicare la sua famiglia d’origine. Rassicurando i coniugi sul fatto che non erano come i loro genitori, che non erano destinati a ricreare il passato, e che l’aver chiesto un aiuto era un segno della loro buona volontà e della motivazione a cambiare, il terapeuta fece dei commenti riguardo alla “scintilla” che aveva visto tra loro due, anche attraverso questo difficile periodo. Lui per primo aveva fiducia che questa scintilla avrebbe attecchito e condotto la coppia oltre il dolore e la sofferenza del passato.

Nel corso delle sedute immediatamente successive, Michael riuscì a dire a Tiffany quanto si sentiva minacciato dallo stretto legame che lei aveva con sua madre, una relazione da cui lui era escluso. Sorpresa, Tiffany rispose subito che lui, Michael, era la sua “priorità assoluta”, non sua madre; si era rivolta a sua madre solo quando Michael l’aveva evitata. Stavolta, tuttavia, Tiffany riuscì ad esprimersi senza colpevolizzare Michael. Non giustificò i suoi sentimenti, ma la stridente rigidità morale che aveva tinto le sue precedenti rimostranze era scomparsa.

Michael e Tiffany si riconciliarono. Michael tornò a vivere a casa e i due ebbero altri due figli. Il matrimonio non fu privo di problemi, ma fu solido, e la coppia e i figli crebbero vigorosamente.

Nel linguaggio del SOFTA, nonostante entrambi i coniugi apprezzassero il terapeuta (Connessione Emotiva), inizialmente Tiffany era più coinvolta e si sentiva più sicura nel processo terapeutico rispetto a Michael. Quando il senso di uno scopo della coppia vacillò ed in seguito venne recuperato con una correzione dell’obiettivo della terapia, il senso di sicurezza di Michael ed il suo coinvolgimento vennero incrementati. L’alleanza reciproca tra i partners aveva vacillato poiché le prime sedute erano state troppo minacciose per Michael e, non arrivando da nessuna parte, la coppia aveva iniziato a dubitare della riconciliazione sperata. Nel momento in cui venne proposto un obiettivo intermedio (comportarsi come se stessero uscendo insieme per la prima volta), che Michael sentì di poter conseguire con successo, la sua partecipazione e la sua risolutezza si rafforzarono. Il desiderio della coppia di ricucire la loro relazione divenne la base per un nuovo e più forte senso di uno scopo nella terapia – riaccendere il loro amore reciproco.

Il secondo punto di svolta di questo trattamento, quando Michael mostrò la sua vulnerabilità e finalmente spiegò le sue paure, fu del tutto casuale. Se tale scoperta emotiva non fosse avvenuta, la coppia sarebbe potuta rimanere in una situazione di stallo, nella terapia e nella vita. Nel prossimo paragrafo descriveremo uno strumento clinico che crediamo sia utile per muoversi in un processo terapeutico stagnante come quello dei coniugi Rosens.

L'utilizzo di questionari per incrementare il senso di uno scopo condiviso

La Constructions of Problem Scale (Scala della Costruzione dei Problemi e Profilo Riassuntivo; CPS; Heatherington et al, 1998) è uno strumento clinico, progettato per fornire una prospettiva differente rispetto alle ragioni individuali per le quali si cerca un aiuto psicologico. A differenza di altri questionari, che si focalizzano sulle aspettative dei clienti rispetto ai risultati del trattamento, la CPS (vedi Appendice C) fornisce ai terapeuti informazioni su come gli individui ricostruiscono la natura e le cause delle difficoltà che li conducono in terapia. Nella prima parte del questionario, si chiede ai clienti di scrivere una frase riguardo ai “problemi familiari” per i quali vogliono essere aiutati. Il resto consiste in una serie di 27 domande centrate sulle attribuzioni dei clienti rispetto al problema o ai problemi che hanno descritto. Questi items riflettono importanti dimensioni di attribuzione causale, come una causa interna (es: genetica, personalità, comportamento, malattia mentale) o esterna (es: destino, fortuna, circostanze, altre persone, volontà divina), come anche globale o specifica. Lo sviluppo degli items è stato influenzato inoltre dal pensiero sistemico, come il concetto di causalità lineare versus causalità circolare e l'influenza delle diverse generazioni.

Come viene descritto in maniera più completa in Heatherington, Friedlander, et al. (1998), la CPS è indicata con adolescenti e adulti. Le risposte ai vari items non vengono sommate, ma piuttosto si può ottenere un profilo (vedi Appendice C) che fornisce una visione illustrata della convergenza da parte dei membri della famiglia sull'attribuzione causale dei problemi presentati.

Ciascun membro della famiglia può descrivere il problema in maniera differente nella prima parte del questionario e questa informazione è informativa di per se stessa. Consideriamo i coniugi Rosen, per esempio, che avrebbero potuto descrivere inizialmente il problema come “l'interferenza di mia suocera” (punto di vista di Michael) oppure come “la mancanza di fiducia e di intimità e una scarsa comunicazione” (punto di vista di Tiffany). La CPS può essere somministrata anche a metà trattamento. A questo punto, Tiffany avrebbe potuto scrivere “l'essere incapace di perdonare Michael per ciò che mi ha fatto”, mentre Michael avrebbe potuto scrivere “il cercare un terreno comune tra di noi” oppure, se si fosse sentito abbastanza sicuro con il terapeuta, “domandarmi se posso essere un buon padre per mio figlio”. Nella seconda parte della CPS, si possono osservare i cambiamenti nelle attribuzioni causali rispetto al problema coniugale, avvenuti nel tempo. A metà trattamento Tiffany, che in origine dava la colpa a Michael per tutti i problemi, avrebbe potuto indicare di ritenersi parzialmente responsabile oppure avrebbe potuto riconoscere, per la prima volta, il contributo di “altri membri della famiglia” (cioè, sua madre) al problema. Michael, d'altro canto, avrebbe quindi potuto sostenere la spiegazione multigenerazionale, proponendo una nuova comprensione delle difficoltà coniugali.

Lo strumento può essere somministrato prima dell'inizio del trattamento o in qualsiasi momento del percorso. Nella nostra esperienza clinica, abbiamo riscontrato che la maggior parte dei bambini dai 12 anni in su, riesce a compilare lo strumento, nonostante sia necessario dare alcune spiegazioni verbali. (Lo stesso vale per gli adulti con difficoltà di lettura). Con bambini più piccoli, il terapeuta (o un membro dell'*observing*

team, se disponibile) può prenderne uno per volta da parte e chiedergli in maniera informale cosa pensa rispetto alle cause del problema.

Poiché la CPS indaga le opinioni dei membri della famiglia rispetto agli altri familiari, è indispensabile che i terapeuti rispettino la riservatezza delle risposte, non condividendo le informazioni scritte con gli altri membri della famiglia. In caso contrario, sarebbero seriamente compromessi i sentimenti di sicurezza dei clienti all'interno della terapia così come la fiducia nel terapeuta. Ad ogni modo, i clienti possono essere spinti a condividere ciò che hanno scritto con gli altri. Se tale condivisione viene intrapresa in seduta dai clienti e tutti sono d'accordo, la discussione può essere molto produttiva.

Quando il questionario è utilizzato come strumento d'intervento, si dovrebbe avvertire i membri della famiglia, prima che lo compilino, che il terapeuta intende condividere le risposte con gli altri. Tale condivisione deve tuttavia avvenire con delicatezza e riconoscendo che le risposte potrebbero non essere veridiche. Sebbene discutere le risposte con la famiglia apre potenzialmente il dialogo in maniera produttiva (*la madre alla figlia*: "Perché dici che ciò non ha nulla a che vedere con il modo in cui interagiamo tra di noi?"), i clienti potrebbero essere tremendamente feriti dalla consapevolezza che altri li vedono come oggetto di biasimo o come "malati di mente".

Purtroppo, non c'è alcuna formula preconfezionata per stabilire un piano di trattamento sulla base delle risposte dei clienti a questi questionari autosomministrati. Piuttosto, questi strumenti sono solo questo: strumenti. Quando i clienti in seduta sono totalmente aperti e non si mettono sulla difensiva, i dati ottenuti dal questionario possono non scostarsi molto da ciò che essi hanno affermato davanti a tutti. Scoprire tale coerenza può essere rassicurante per il terapeuta, se non estremamente informativo. Comunque, vedere come i clienti esprimono per iscritto distintamente i loro problemi può risultare illuminante. Nella CPS, Michael Rosen avrebbe potuto descrivere il suo problema sia come "tornare a casa dalla mia famiglia", sia, in modo più audace, "far vedere a mia moglie che la amo". Questi due obiettivi, seppur coerenti fra loro, suggeriscono strategie terapeutiche alquanto differenti.

Conclusioni

È stato ipotizzato che nel lavoro con la coppia e la famiglia, a differenza della terapia individuale, l'alleanza intrafamiliare sia il fattore più importante all'inizio e alla fine del trattamento (Pinsof, 1994). In altri termini, "nella terapia sistemica, la relazione terapeutica è 'de-centrata' a favore dell'attuale relazione del cliente con gli altri significativi" (Flaskas, 1989, p. 37).

Forte o debole che sia, il senso di uno scopo condiviso per quanto riguarda gli obiettivi ed i compiti della terapia influenza il grado con cui ciascun membro della famiglia si sente sicuro, è coinvolto, e (in misura ridotta) crea un legame emotivo con il terapeuta. Difatti, la nostra ricerca con il SOFTA-o ha ripetutamente mostrato una variabilità più ampia in questa dimensione dell'alleanza rispetto alle altre tre, indipendentemente dal momento della terapia in cui è stata osservata. Nonostante sia ancora da dimostrare se il grado di disfunzionalità si rifletta nell'abilità della famiglia a condividere un senso dello scopo (cf. Dore & Alexander, 1996), l'esperienza clinica suggerisce

sce che quando i clienti sono assolutamente incapaci di trovare un terreno comune, la prognosi circa un possibile miglioramento è negativa.

In questo processo non va trascurato il ruolo del terapeuta. Parlando di coppie, Haley (1976) mise in evidenza come “qualsiasi cosa un partner fa in relazione all'altro è anche in relazione al terapeuta” (p. 160). Da un punto di vista sistemico, la famiglia in terapia è contemporaneamente un prodotto e una causa del legame terapeuta-famiglia (Rait, 1998). Il senso di uno scopo condiviso della famiglia non dipende perciò solamente da ciò che la famiglia porta in terapia; piuttosto, esso si sviluppa man mano che i membri della famiglia interagiscono con il terapeuta e ciascuno osserva il comportamento degli altri mentre il processo terapeutico evolve.

Le rotture o le “crepe” (Pinsof, 1995, p. 62) all'interno dell'alleanza familiare, come quelle che accadono in qualsiasi altra forma di terapia, a volte sono inevitabili. Tuttavia, le riparazioni dell'alleanza, come è stato illustrato nel caso dei coniugi Rosens, possono condurre il processo in avanti ed insegnare ai clienti una modalità d'approccio più costruttiva ai futuri problemi familiari. Consideriamo, per esempio, una famiglia in cui le persone non sono mai state capaci di ascoltarsi con rispetto e validando il punto di vista dell'altro. Avere una così insolita esperienza in terapia ha un potente effetto quando i clienti si rendono conto di poter essere uniti e coinvolti reciprocamente, pur mantenendo la loro libertà individuale di espressione.

Sostanzialmente, la terapia è un incontro in cui i membri della famiglia apprendono a riconoscersi reciprocamente come risorse. Mentre l'empatia del terapeuta individuale e l'accettazione incondizionata sono fin troppo spesso screditate dal loro essere “irreali” o “artificiali”, le esperienze di cura che i membri della famiglia condividono insieme nel corso della terapia non possono essere così facilmente respinte o dimenticate.

LE COMPONENTI DELL'ALLEANZA

Quando un'alleanza terapeutica è forte ed integra, anche i terapeuti alle prime armi riescono ad identificarla. Perché, dunque, è necessario definire, descrivere e discutere i vari elementi del modello SOFTA - Sistema di Osservazione delle Alleanze in Terapia Familiare? Risulta scontato che quando tutte e quattro le dimensioni dell'alleanza sono al loro massimo per ciascun cliente presente in seduta, è poco necessario distinguerle o capire come incrementarle. Nella nostra esperienza, tuttavia, le alleanze devono essere attentamente alimentate attraverso la terapia; esse non si sviluppano allo stesso ritmo per tutti i membri della famiglia e le rotture possono verificarsi anche con le famiglie più motivate nel più intimo dei setting terapeutici.

In questo Capitolo, parleremo delle interrelazioni tra le dimensioni del SOFTA – le componenti dell'alleanza – del modo in cui si sviluppano spontaneamente e cambiano nel tempo, di quando interferiscono eventi o circostanze esterni, o di quando gli errori dei terapeuti minacciano la loro stabilità. Dal nostro punto di vista, i molteplici fattori che influenzano le relazioni della famiglia con il terapeuta e le alleanze intrafamiliari sono così dinamicamente complessi che è necessaria una valutazione attenta del coinvolgimento, della connessione emotiva, della sicurezza e dello scopo condiviso ad ogni passaggio del processo terapeutico.

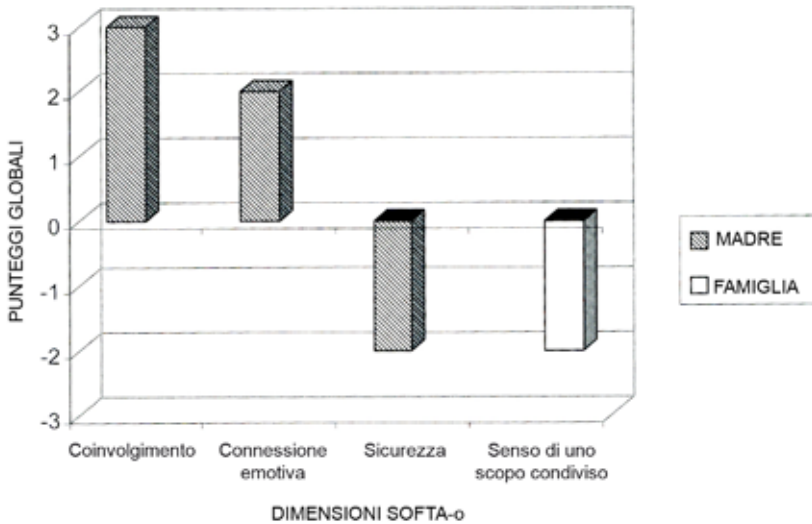
Per facilitare la discussione, verrà presentata una rappresentazione visiva del SOFTA sotto forma di grafici. Nei grafici, ognuna delle quattro dimensioni viene rappresentata con un istogramma che può avere una crescita negativa (fino a un punteggio minimo di $-3 =$ *molto problematico*), positiva (fino a un massimo di $+3 =$ *molto forte*), o nulla, in cui 0 si riferisce ad un *coinvolgimento*, una *connessione emotiva*, una *sicurezza* ed uno *scopo condiviso non classificabili* o *neutrali*. (Come viene descritto dettagliatamente nel Capitolo 3, a questi punteggi corrispondono punti di ancoraggio, utilizzati per valutare i comportamenti dei clienti e dei terapeuti con il SOFTA-o a scopi di formazione, supervisione e di ricerca).

La figura 8.1 mostra l'esperienza dell'alleanza di un membro della famiglia nella prima seduta. In questo esempio, la madre è fortemente coinvolta e ben connessa con il terapeuta. Tuttavia, lei non si sente sicura con gli altri membri della famiglia presenti nella stanza, i quali hanno un'opinione diversa rispetto al valore, alla necessità o allo

scopo della terapia e la colpevolizzano per aver portato i “panni sporchi” della famiglia ad un professionista estraneo.

Un diverso tipo di grafico mette a confronto tutti i membri della famiglia rispetto ad una singola dimensione del SOFTA. Nella figura 8.2, per esempio, viene rappresentata la dimensione della Sicurezza. Nella seduta, il figlio adolescente, a differenza dei genitori e della sorella, si sente ansioso e sulla difensiva – in altri termini, non completamente al sicuro.

Figura 8.1. L’esperienza dell’alleanza di un membro della famiglia in prima seduta. SOFTA-o = Sistema di Osservazione delle Alleanze in Terapia Familiare- osservazionale



Un altro grafico più dettagliato è stato utilizzato per descrivere le fluttuazioni nelle quattro dimensioni dell’alleanza tra gli individui e nel tempo. La figura 8.3 rappresenta l’esperienza di una famiglia nel corso del suo trattamento. Questa famiglia (madre, padre e figlio diciottenne) durante i primi due colloqui si trovava in una tale situazione di conflitto che le sedute successive furono tenute con non più di due membri alla volta. Il grafico relativo alla prima seduta mostra un Coinvolgimento e una Connessione Emotiva non classificabili, ed in particolare scarsa Sicurezza e Senso di uno Scopo Condiviso. Dopo che il terapeuta iniziò a vedere solamente due membri della famiglia alla volta (a partire dalla terza seduta), tutte le dimensioni dell’alleanza migliorarono. La figura mostra che la Sicurezza era ottima quando la madre ed il figlio erano insieme in seduta in assenza del padre. Quando invece il padre ed il figlio erano assieme (sesta seduta), sia la Sicurezza che lo Scopo Condiviso crollavano. Difatti, il figlio si ammutoliva ogni volta che il padre era presente nella stanza. La connessione della madre con il terapeuta fu costantemente positiva a partire dalla terza seduta, mentre il padre ebbe un attaccamento tiepido con il terapeuta per tutto il tempo. In particolare, le connessioni con il terapeuta cambiarono di poco sia per il padre che per il figlio, mentre il loro senso di sicurezza fu molto variabile. Considerando il profilo del SOFTA, non sorprende che il padre dopo la sesta seduta interruppe il trattamento.

Figura 8.2 Una singola dimensione del SOFTA in tutti i membri della famiglia. SOFTA-o = Sistema di Osservazione delle Alleanze in Terapia Familiare-osservazionale

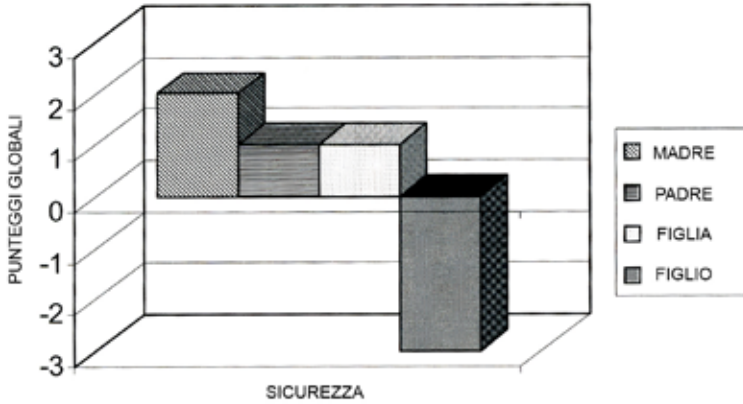
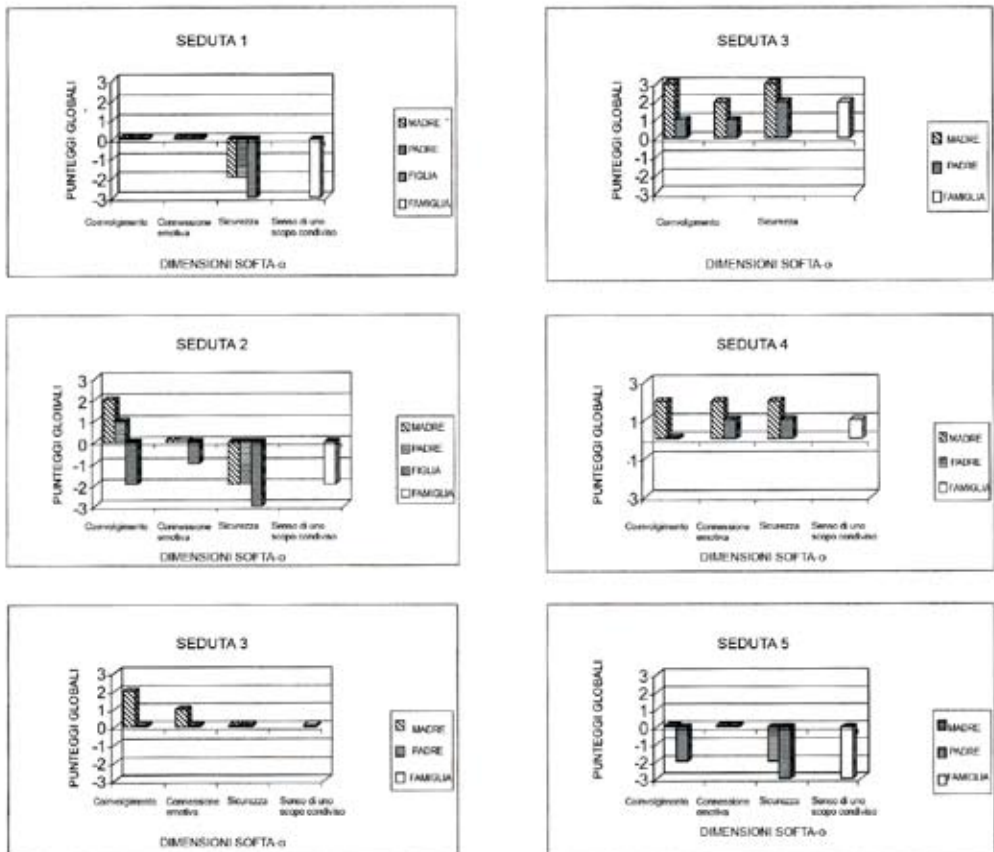
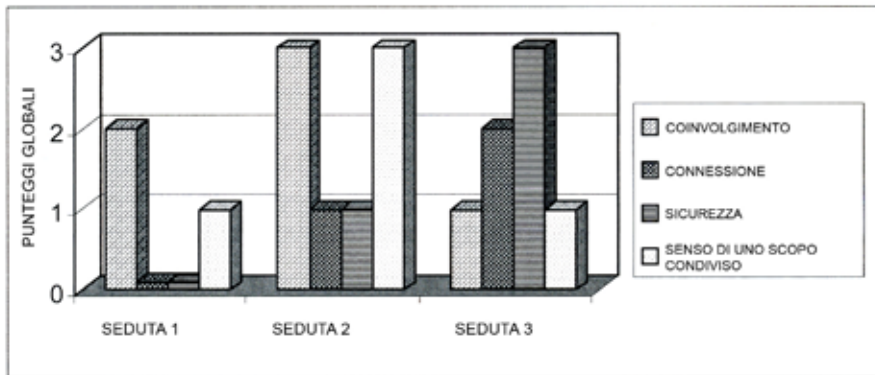


Figura 8.3. I punteggi del SOFTA-o di una famiglia nel corso del tempo. SOFTA-o = Sistema di Osservazione delle Alleanze in Terapia Familiare- osservazionale



La figura 8.4 rappresenta il contributo del terapeuta all'alleanza nel corso delle tre sedute iniziali. Nella prima e nella seconda seduta, il terapeuta si focalizzò soprattutto sul Coinvolgimento e sullo Scopo Condiviso, mentre nella terza seduta, gli interventi furono finalizzati ad incrementare la Connessione Emotiva e la Sicurezza.

Figura 8.4. Il contributo di un terapeuta all'alleanza nelle quattro dimensioni del SOFTA-o. SOFTA-o = Sistema di Osservazione delle Alleanze in Terapia Familiare-osservazionale



Nel paragrafo successivo, verranno utilizzati dei grafici per illustrare le interrelazioni tra le dimensioni del SOFTA all'interno delle famiglie e nel corso del tempo. Saranno discussi i fattori che influenzano lo sviluppo dell'alleanza ed il modo in cui i terapeuti possono deliberatamente incrementare la dimensione della Sicurezza per influire sulle altre. Il Capitolo si conclude discutendo delle circostanze che mettono in pericolo l'alleanza e di come la competenza del terapeuta possa evitare le interruzioni del trattamento.

Promuovere le alleanze: la prima fase del trattamento

Il primo appuntamento può scatenare una reazione di ansia, anche quando all'interno della famiglia sono tutti d'accordo rispetto alla necessità e all'auspicabilità di una terapia, ed il terapeuta ha una buona reputazione. A volte la paura riguarda non tanto ciò che il terapeuta dirà, ma ciò che gli altri membri della famiglia sveleranno. Per alcuni clienti, le conseguenze provocate nella vita reale da ciò che è stato rivelato nello studio del terapeuta, possono essere estreme. Una madre viene a sapere che il figlio adolescente è stato molestato per anni dal nonno. Un marito scopre che la moglie ha un'altra relazione e sta pensando di lasciarlo. Una bambina di nove anni "racconta tutto" ed in seguito a casa viene picchiata a causa della sua sincerità.

Tuttavia, quando il terapeuta modula l'intensità e la frequenza con cui far emergere e discutere il materiale emotivamente difficile, i primi colloqui possono stimolare i membri della famiglia e colmarli di speranza. Prendiamo in considerazione, ad esempio, Andrew e Lois. Sposati da solo otto mesi, litigavano ad ogni istante. Ognuno dei due temeva da parte sua che il matrimonio fosse finito, ma cercarono l'aiuto di un professionista per tentare qualsiasi cosa prima di gettare la spugna. Dopo che si furono scambiati alcune parole rabbiose riguardo all'argomento più scottante (lo stakhanovismo di Andrew e la conseguente sensazione di abbandono di Lois), il terapeuta con delicatezza guidò la conversazione altrove, ritenendo che l'alleanza non era ancora abbastanza forte per resistere nell'affrontare in seduta un tema così caldo. Riepilogando la prima seduta, il terapeuta spiegò che se davvero l'attaccamento dell'uno verso l'altro fosse stato spento del tutto, probabilmente avrebbero provato una reciproca indifferenza, mentre i "fuochi d'artificio" della loro relazione suggerivano che "c'era ancora qualcosa di positivo, ma anche dei sentimenti feriti" da entrambe le parti. Ridefinendo il problema della coppia come "imparare a litigare correttamente", il terapeuta infuse speranza. Il suo incoraggiamento e la normalizzazione del problema ("Siete due giovani che stanno solamente cercando di essere una coppia") fu un balsamo per le loro anime.

Influenza della teoria

A seconda dell'approccio teorico, il terapeuta probabilmente presta attenzione ad aspetti diversi dell'alleanza. I modelli strutturali, strategici, focalizzati sulla soluzione e costruttivisti enfatizzano il coinvolgimento e, per estensione, il senso di uno scopo condiviso all'interno della famiglia. I terapeuti sistemici di Milano (Selvini Palazzoli et al., 1978) e altri che utilizzano i *Reflecting Teams* (Andersen, 1991; Lax, 1991) o che lavorano in altri modi per trasformare i costrutti dei clienti (Goolishian & Anderson, 1992; Sluzki, 1992; M.White & Epston, 1990), iniziano chiedendo a turno a ciascun membro della famiglia di raccontare la storia del problema. In tal modo si incrementa il coinvolgimento di ognuno e si forniscono al terapeuta sufficienti informazioni per definire un obiettivo terapeutico o una serie di obiettivi che tengano conto di tutti i punti di vista, in altri termini, il senso di uno scopo condiviso. Tenzionalmente, i terapeuti strutturali (Fishman, 1988; Minuchin, 1974; Minuchin & Fishman, 1981) sono quelli che si sono maggiormente occupati di come i terapeuti dovrebbero entrare in una famiglia e rafforzare i legami all'interno della stessa prima di uscire dal sistema. Nel Capitolo 10, viene illustrato il lavoro di Charles Fishman con due genitori risposati che litigavano per la figlia a rischio di suicidio.

I terapeuti che utilizzano i modelli multisistemici (Henggeler & Borduin, 1990), multidimensionali (Liddle, Dakof & diamone, 1991), strategici brevi (Szapocznik & Kurtines, 1989) e di terapia familiare funzionale riconoscono l'importanza di coinvolgere gli adolescenti che delinquono o che abusano di sostanze all'interno di un processo che, per definizione, li etichetta come "il problema". Coloro che propongono questi modelli, suggeriscono di ridefinire la colpevolizzazione dei genitori e di incoraggiare gli adolescenti a specificare i loro obiettivi personalmente significativi, due interventi che aiutano i terapeuti ad evitare che il ragazzo li veda dalla parte dei genitori. Difatti,

ricerche recenti sulla terapia familiare funzionale sottolineano la necessità di evitare alleanze scisse (Robbins et al., 2003). I risultati terapeutici tendevano ad essere meno favorevoli nelle situazioni in cui l'alleanza era sbilanciata, cioè, quando il genitore (in particolare il padre) aveva un'alleanza con il terapeuta più forte di quella che aveva il figlio adolescente (Robbins et al., 2003, p. 540).

Gli approcci teorici che si focalizzano meno sui costrutti, sui comportamenti e sugli obiettivi e maggiormente sull'esperienza emotiva (G.S. Diamond & Siqueland, 1995, 1998; Greenberg & Johnson, 1988), rivolgono l'attenzione su un altro aspetto dell'alleanza: la sicurezza. Nonostante questo termine non sia predominante nella letteratura dei teorici esperienziali, tali autori enfatizzano le manifestazioni comportamentali della sicurezza (mostrare vulnerabilità, rivelazioni sincere, esprimere sentimenti dolorosi) e la mancanza di sicurezza (ansia osservabile, sospettosità, atteggiamenti difensivi). Nella terapia focalizzata sulle emozioni (Greenberg & Johnson, 1988), per esempio, le coppie sono incoraggiate ad esternare al terapeuta i loro contrasti più difficili, facendo concentrare chi accusa gli altri sul dolore, la sofferenza ed le aspettative che sottendono la rabbia. Quando il processo è efficace, il destinatario delle accuse osserva questa trasformazione emotiva (detta *softening*, 'ammorbidimento') ed è spinto a manifestare cura ed attaccamento. Il riavvicinamento e la riconciliazione sono inoltre gli obiettivi della terapia familiare basata sull'attaccamento (G.S. Diamond & Siqueland, 1995, 1998), in cui per l'adolescente depresso viene creato uno spazio sicuro per esprimere ai genitori in che modo lo hanno deluso e perché ha bisogno delle loro cure e del loro supporto. I confronti facilitati dal terapeuta possono essere tuttavia rischiosi e possono presentarsi una serie di atteggiamenti difensivi e reazioni d'ansia prima che il cliente si senta sicuro abbastanza per mostrarsi vulnerabile di fronte alle persone che maggiormente lo hanno ferito.

Nella nostra rassegna teorica, non abbiamo trovato molta considerazione al tema della connessione emotiva tra i clienti ed i terapeuti. Presumibilmente, i teorici della coppia e della famiglia danno per scontato il loro rapporto con i clienti, una condizione necessaria al cambiamento ma che sembra non aver sollevato molta discussione. Tuttavia, la teoria e la presentazione dei casi nei testi clinici suggeriscono che i terapeuti esperti incoraggiano la fiducia e la cura mediante la scelta dei tempi e delle parole, l'attenzione ed il bilanciamento dei bisogni dei membri della famiglia. Contrariamente alla scarsità di quanto viene presentato nelle teorie sull'argomento, le ricerche empiriche sottolineano la necessità di instaurare una forte connessione emotiva con le coppie e le famiglie. Come discusso nel Capitolo 5, diversi studi qualitativi mostrano quanto siano importanti le caratteristiche personali dei terapeuti per i loro clienti (Bishoff & McBride, 1996; L.N. Johnson et al., 2002; Kuehl et al., 1990; White et al., 1997).

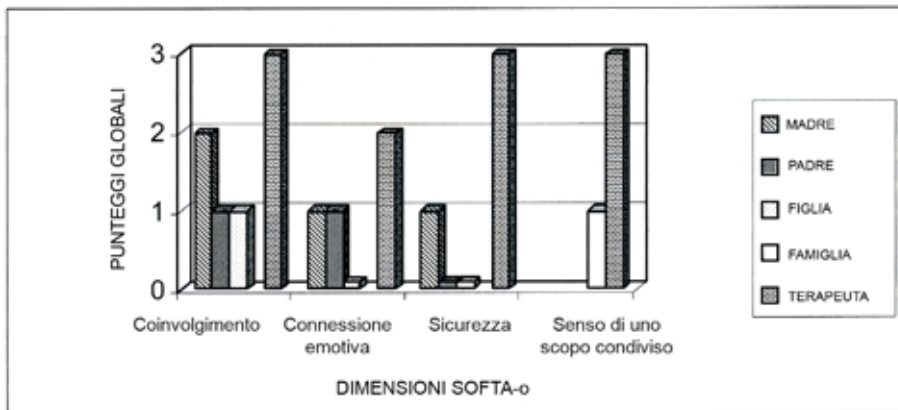
Influenza delle differenze della famiglia e dello stile del terapeuta

Un modo per utilizzare il SOFTA è quello di mettere a confronto le due dimensioni correlate a ciò che la famiglia porta in terapia (cioè, Sicurezza e Scopo condiviso) con le altre due che hanno più a che fare con il modo in cui i clienti vivono il terapeuta ed il processo terapeutico (Connessione Emotiva e Coinvolgimento). Anche quando

i membri della famiglia concordano sul bisogno di una terapia e sugli obiettivi del trattamento e non sono invischiati in un conflitto reciproco, l'abbinamento sfortunato con un terapeuta può raffreddare il loro coinvolgimento nel processo terapeutico. Consideriamo, per esempio, il caso di una coppia che veniva alla prima seduta determinata a risolvere un conflitto specifico tra i partner, ma fu totalmente bloccata dall'insistenza del terapeuta nel raccogliere un'anamnesi dettagliata, che durò per l'intera seduta. In questo caso, la Sicurezza e lo Scopo Condiviso erano decisamente più elevati del Coinvolgimento e della Connessione con il terapeuta.

In un caso diverso, un terapeuta competente incrementò tutte e quattro le dimensioni del SOFTA ed instaurò una forte connessione con la famiglia parlando a turno con tutti e domandando ad ognuno "Qual è il tuo punto di vista riguardo al problema della famiglia?" e successivamente "Quali sono i punti di forza della famiglia?". Durante questo giro il terapeuta impedì le interruzioni, l'ostilità e le colpevolizzazioni a cortocircuito, e riuscì a dire ad ognuno qualcosa di personale. (Questo non è affatto l'unico modo per incrementare il coinvolgimento e la connessione, ma la strategia in questo caso funzionò). Nonostante i membri della famiglia fossero venuti al primo incontro con grande trepidazione e mettendo bruscamente in opposizione vari punti di vista sul problema (bassa Sicurezza e Scopo Condiviso), verso la fine della seduta, ognuno venne coinvolto e si sentì almeno neutrale rispetto al terapeuta (vedi Figura 8.5).

Figura 8.5 Il contributo di un terapeuta all'alleanza in una prima seduta con una famiglia diffidente. SOFTA-o = Sistema di Osservazione delle Alleanze in Terapia Familiare- osservazionale



Come discusso nel Capitolo 7, alcuni problemi familiari conducono facilmente fin dall'inizio ad un forte senso di uno scopo condiviso, come nelle situazioni in cui vi è una minaccia comune o tutti i membri della famiglia sono d'accordo sulla natura del problema. Anche quando viene designato qualcuno, questa persona può essere d'accordo sul fatto che la terapia debba focalizzarsi su di sé, vedendo gli altri membri della famiglia come sostenitori o consiglieri.

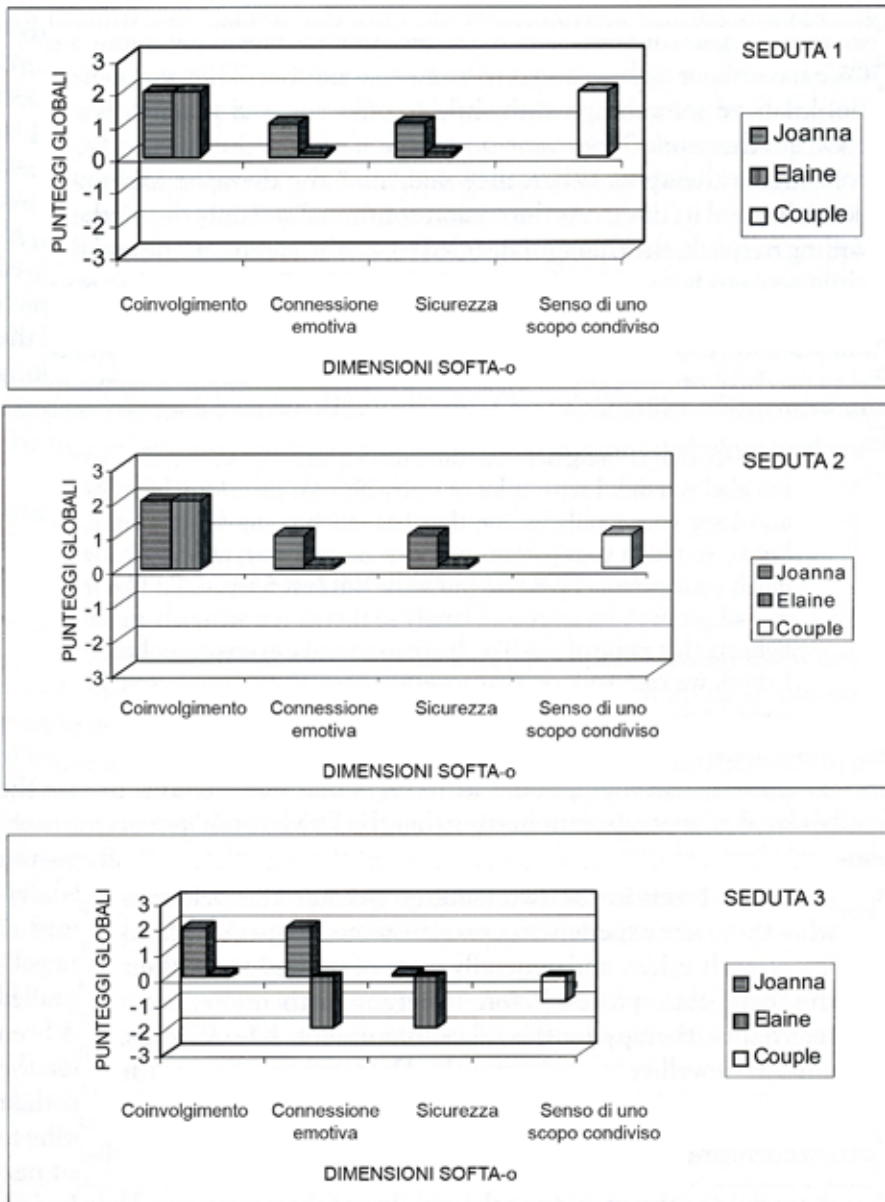
Tuttavia, la sicurezza è un po' più difficile da raggiungere, in particolare quando i membri della famiglia differiscono nella loro capacità di fidarsi e di coinvolgersi con il terapeuta. Joanna ed Elaine, una coppia lesbica di mezza età, decisero che la loro relazione era fin troppo "intensa" e che loro avessero urgentemente bisogno di affrontare la violenza che era nell'aria. Nonostante il forte senso di uno scopo condiviso nella coppia, Joanna era molto più a suo agio nell'esprimere se stessa di fronte a un professionista. Elaine aveva avuto numerose relazioni caratterizzate da abusi fisici e temeva di essere colpevolizzata per i litigi della coppia. La sua paura venne purtroppo rinforzata quando il terapeuta indagò la storia delle due donne. Joanna, che aveva avuto un matrimonio stabile ma infelice per 9 anni, si vedeva riflessa negli occhi del terapeuta come la vittima innocente dell'instabilità emotiva di Elaine. Il terapeuta, senza accorgersi dello sbilanciamento crescente a livello della sicurezza, aggravò involontariamente il problema con dei suggerimenti che entrambe le clienti interpretarono come "proteggere Joanna da Elaine". Dalla terza seduta, Joanna si sentì molto più coinvolta nella terapia, connessa e sicura di quanto lo fosse Elaine ed il senso di uno scopo condiviso nella coppia rispetto alla terapia aveva iniziato a svanire (vedi Figura 8.6).

Sia per natura che per formazione ed esperienza, alcuni terapeuti sono più sintonizzati di altri sugli aspetti emotivi del bilanciamento terapeutico. Due dimensioni del SOFTA, Sicurezza e Connessione Emotiva, enfatizzano la responsività affettiva, mentre il Coinvolgimento e lo Scopo Condiviso evidenziano gli aspetti cognitivi e comportamentali. Quando c'è sintonia tra le modalità preferite - affettive o cognitivo-comportamentali - dei clienti e quelle del terapeuta, gli aspetti corrispondenti dell'alleanza si sviluppano probabilmente con maggior facilità. Una coppia, ad esempio, aveva fin dall'inizio sentimenti positivi verso il terapeuta, ma presentava un notevole disaccordo rispetto al valore della terapia nel risolvere i problemi. Tuttavia, "resisteranno" poiché vedevano la terapia come l'unico posto sicuro in cui poter discutere. Un'altra famiglia, considerando tutti i professionisti come assai diversi per storia e cultura, era maldisposta verso qualsiasi terapeuta e pronta a proteggere ferocemente la propria privacy. Eppure nel corso di poche sedute, quando il terapeuta riuscì a coinvolgere tutti nel processo, i membri della famiglia si motivarono e, poco a poco, si sentirono sicuri abbastanza per abbassare la guardia.

La sicurezza al primo posto

Nello stesso giorno due famiglie vanno dallo stesso terapeuta per il primo incontro. Alle tre del pomeriggio i coniugi Belzers si accomodano silenziosi e tesi in sala d'aspetto. Entrati nella sala visite, la madre si inclina in avanti ansiosamente, i figli (di 10 e 12 anni) sprofondano nelle loro sedie, con i cappelli da baseball calati fin sotto la fronte. Il padre entra per ultimo, con un mezzo sorriso rigido sulle labbra. La tensione è notevole. La famiglia De Martino, alle 5 del pomeriggio, è giocosa, al limite del chiasso. Appena entrati nello studio, i due preadolescenti si spingono e si punzecchiano reciprocamente, ridacchiando, mentre i genitori discutono di dove ciascuno debba sedersi. Anche se nervosi, tutti sorridono quando il terapeuta fa il giro per chiedere i nomi.

Figura 8.6 L'esperienza dell'alleanza di una coppia nel corso di tre sedute. SOFTA-o = Sistema di Osservazione delle Alleanze in Terapia Familiare- osservazionale



Poiché le due famiglie mostravano un'enorme differenza nei livelli di comfort, il terapeuta ha avviato le prime sedute in modo diverso. Dato che i De Martino sembravano a loro agio, era ragionevole aspettarsi che il livello di benessere aumentasse nel corso della seduta. Con i Belzers, invece, il terapeuta inizialmente si impegnò in una

breve chiacchierata (“Avete avuto difficoltà a trovare lo studio? Non ha ancora smesso di piovere?”), mostrando ai bambini l’acquario di pesci tropicali all’angolo della stanza, e così via. Per sciogliere ulteriormente la tensione, il terapeuta iniziò la seduta dicendo che la terapia è un processo volontario: “Abbiamo circa un’ora per cercare di conoscerci. Dopo di che deciderete se ho qualcosa di valido da offrirvi e se avrete voglia di tornare un’altra volta”. Andò avanti domandando ad ognuno se si fosse mai rivolto ad un terapeuta. Quando dissero “no”, il terapeuta parlò della riservatezza e dei suoi obblighi. Mentre la seduta continuava e la madre sembrava l’unica disposta a parlare, il terapeuta decise di vedere i genitori da soli e poi ogni figlio separatamente per pochi minuti. Riunendo i Belzers verso la fine della seduta, il terapeuta sintetizzò le preoccupazioni della famiglia, facendo attenzione a menzionare il punto di vista di ognuno (e a non rivelare alcun segreto). Infine concluse:

Comprendo che venire qui è stato difficile e qualcosa di completamente nuovo per tutti voi, ma sono felice che lo abbiate fatto. Avverto molta preoccupazione da parte vostra, mamma e papà, ma vi vedo anche come una famiglia che fa molto per andare avanti. Connor e Lucas, voi, a modo vostro, aiutate i vostri genitori, e sapete quanto vi vogliono bene e desiderano il meglio per voi. Mi piacerebbe aiutare la vostra famiglia a tornare in carreggiata, in modo che non ci sia più bisogno di discutere e litigare, cosa che a nessuno di voi piace. Sembra che ciò renda tutti infelici. E credo che possiamo lavorarci insieme se deciderete di tornare.

Tutto ciò che il terapeuta fece con i Belzers fu cercare di aumentare il livello di sicurezza della famiglia. È interessante il fatto che il problema presentato dai De Martino – litigi dei bambini, grida dei genitori ai figli e tra di loro – fosse identico a quello dei Belzers. Non era il problema in sé a generare diversi livelli di sicurezza nelle due famiglie. I Belzers erano imbarazzati da ciò che stavano sperimentando, non abituati a parlare francamente senza urlarsi contro, e in genere diffidenti nei confronti dei professionisti. E a causa della loro ansia il processo terapeutico si trovava in una situazione di stallo prima ancora di iniziare. Inoltre, la famiglia era stata inviata in terapia dal consulente della scuola, che era preoccupato per il benessere dei figli, a differenza dei De Martino che si erano rivolti al terapeuta volontariamente. Riconoscendo di attraversare un periodo difficile nel cercare di adattarsi alla preadolescenza dei figli, i genitori consideravano serio il loro problema, ma non vergognoso o minaccioso per la stabilità del loro matrimonio. Non avevano paura che i figli facessero uso di droghe o che intervenisse il sistema di giustizia minorile. I Belzers, invece, si preoccupavano che i Servizi Sociali per i Minorenni li contattassero e togliessero i figli dalle loro cure. Il problema di droga del padre era un segreto e tutti in famiglia volevano tenerlo nascosto alle autorità, anche al terapeuta. Il punto di questo confronto è che quando una famiglia si sente minacciata (dall’interno o dall’esterno), è necessario occuparsi della sicurezza prima che possa essere fatto qualsiasi progresso in terapia. Nel caso dei Belzers, tutti erano spaventati. Temevano il potere del terapeuta e non si sentivano sicuri gli uni degli altri.

In altre famiglie, può essere un singolo individuo a non sentirsi sicuro. La situazione è grave quando questa persona ha il potere di far interrompere il trattamento alla famiglia. Come misura preventiva, il terapeuta può aver bisogno di vedere il cliente da solo, eventualmente anche per qualche seduta, al fine di facilitare il percorso. Nei casi

estremi, la famiglia può non riuscire mai a riunirsi interamente nello studio del terapeuta. Piuttosto, potrebbe essere necessario per il terapeuta lavorare con i sottosistemi – una settimana con i genitori, la successiva con i figli, oppure con il padre ed il figlio e poi con la madre ed il figlio - mediando il conflitto per evitare *escalations* dannose.

Nonostante un certo livello di ansia sia necessario per motivare al cambiamento, esso può danneggiare il processo terapeutico nelle situazioni in cui vi è un'annosa sfiducia all'interno della famiglia, diffidenza verso i terapeuti e precedenti fallimenti terapeutici. Nei quattro *case studies* sull'alleanza presenti nel lavoro di Beck e Colleghi (2006), le due famiglie che sperimentarono il contesto terapeutico fin dall'inizio come insicuro ebbero gli esiti peggiori nel trattamento.

Secondo il nostro punto di vista, l'obiettivo primario del terapeuta è quello di garantire la sicurezza all'inizio del trattamento. La sicurezza al primo posto.

Sostenere le alleanze

All'interno di qualsiasi relazione personale, i legami si sviluppano spontaneamente con il tempo. Quando gli individui non sono eccessivamente minacciati e percepiscono di ottenere un vantaggio dalle loro interazioni, si stabiliscono connessioni emotive ed il valore percepito della relazione aumenta. Lo stesso accade in terapia. In molti casi, i clienti si legano in maniera spontanea ai loro terapeuti e sono sempre più coinvolti nel processo mano a mano che trascorre il tempo. All'inizio, i clienti attendono di vedere ciò che il terapeuta si aspetta da loro e quali sono le "regole del gioco". Mano a mano che le sedute prendono un andamento prevedibile, i clienti tendono a divenire sempre più coinvolti. Portano in terapia nuovi problemi in maniera volontaria, parlano della loro esperienza riguardo al processo terapeutico e raccontano dei progressi fatti a casa e così via.

In altri termini, quando non ci sono ostacoli e gli individui vengono in terapia disposti a parlare sinceramente e a lavorare con gli altri per un obiettivo condiviso, le alleanze tra i sistemi e all'interno della famiglia si rafforzano in modo naturale. In particolare, nel momento in cui gli individui iniziano a notare che i membri della loro famiglia cambiano in maniera positiva, il loro coinvolgimento ed il senso di uno scopo all'interno della terapia crescono. Quando si possono sentire più rilassati in terapia, i membri della famiglia cominciano ad aspettare con impazienza le sedute e a sentire inoltre un legame più forte con il loro terapeuta.

Tuttavia il processo di costruzione dell'alleanza non sempre è privo di difficoltà. Quando il cliente viene in terapia come se fosse "un Ostaggio" poiché qualcun altro lo ha obbligato (v. Capitolo 11), la sua sicurezza e lo scopo condiviso con gli altri membri della famiglia possono rimanere precari per un lungo periodo. In queste situazioni i costrutti del SOFTA possono rivelarsi utili. Al fine di incrementare il senso di sicurezza ed il senso di uno scopo condiviso della famiglia, i terapeuti possono concentrarsi sull'obiettivo di aumentare il coinvolgimento e la connessione emotiva. Per cercare di coinvolgere i familiari più riluttanti, i terapeuti possono definire il senso di uno scopo condiviso evidenziando ripetutamente gli aspetti in comune tra le diverse prospettive, valori ed esperienze degli individui, incoraggiando i membri della

famiglia a confrontarsi sulle loro prospettive rispetto al problema discusso, lodando i clienti per il rispetto che mostrano verso il punto di vista dell'altro e così via. Nel momento in cui i clienti più restii si rendono conto che il loro punto di vista ed i loro sentimenti vengono rispettati, tendono a sentirsi più a loro agio e ad essere meglio disposti a coinvolgersi.

Quando gli avvenimenti nella vita familiare o all'interno della terapia sono disturbanti, può essere molto impegnativo sostenere l'alleanza su più fronti contemporaneamente. Come viene descritto nel Capitolo 9 ["La riparazione delle alleanze scisse (*split alliances*)"], quando il terapeuta commette un errore di valutazione o viene percepito come parziale, le connessioni emotive entrano in tensione. Possono verificarsi delle rotture, inoltre, quando vi è l'interferenza di una terza parte che ha potere. Una cliente, ad esempio, cercò con fatica di fare tutto il possibile affinché i suoi tre figli potessero rientrare a casa sua. Dopo un incontro andato male con l'assistente sociale dei servizi sociali minorili, criticò il terapeuta per aver appoggiato l'assistente sociale contro di lei. Su proposta del terapeuta, un'altra madre single fece richiesta di tutela per il figlio quattordicenne di lei, ingestibile. Sei mesi dopo, quando l'Ufficio della Libertà Vigilata minacciò di prelevare il ragazzo da quella casa, la madre incolpò il terapeuta, accusandolo che avrebbe dovuto sapere quello che sarebbe successo.

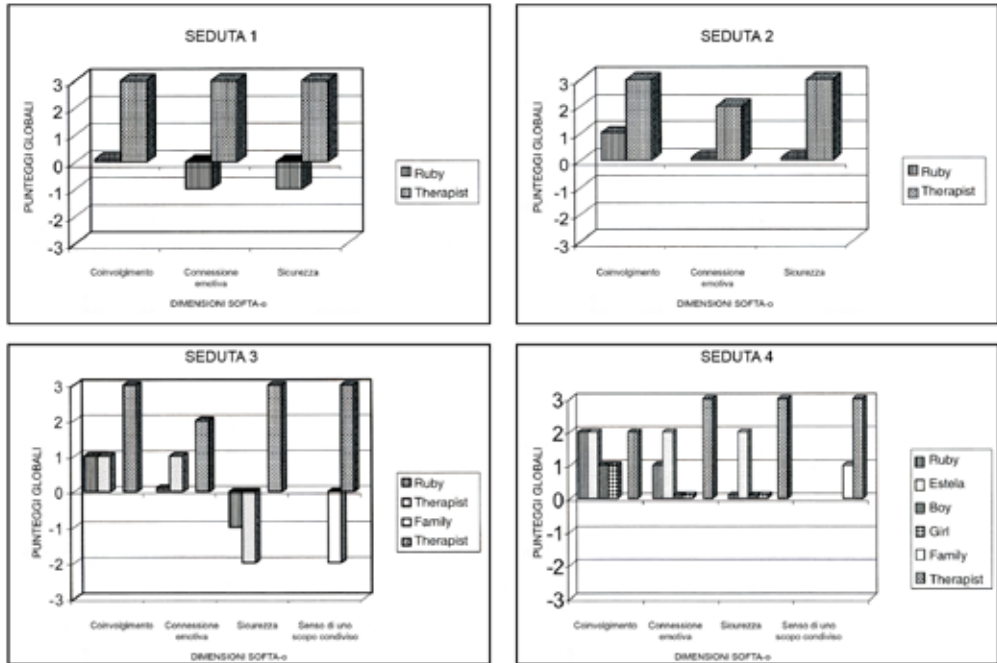
Nei casi complessi, le continue entrate e uscite nel processo di trattamento da parte di diversi membri della famiglia possono rendere il controllo dell'alleanza particolarmente impegnativo. Quando un gruppo di clienti si sente ormai a proprio agio con il terapeuta e ha sviluppato uno stile di lavoro peculiare in terapia, permettere ad un nuovo membro della famiglia di partecipare alle sedute può risultare probabilmente disturbante. Nel migliore dei casi, la rottura è minima; nel peggiore è controproducente.

Estela Jimenez, una nonna di 64 anni, si era presa cura dei due nipoti, una bambina ed un bambino, nel periodo in cui la figlia si trovava in prigione per spaccio di sostanze stupefacenti. Due mesi prima del rilascio di Ruby, Estela chiese aiuto per preparare la famiglia al suo rientro. L'alleanza terapeutica fu solida sotto ogni punto di vista fino a che Ruby non venne per la prima volta in seduta. Piena di risentimento per l'influenza della madre, Ruby aveva minacciato di andarsene da casa, con o senza i figli. Nel corso della seduta, i bambini tacevano. Estela stava seduta in maniera rigida e con le labbra increspate, mentre Ruby fissava con aria di sfida il terapeuta. Alla fine, dopo aver visto per due sedute Ruby da sola (seduta 1 e 2, Figura 8.7), e aver dedicato una terza seduta alle due donne insieme (seduta 3), il terapeuta riuscì a riunire i quattro familiari per un nuovo inizio più produttivo (seduta 4).

In questo caso, non fu solo la separazione dei membri della famiglia a salvare la situazione. Il terapeuta si focalizzò attentamente prima sul senso di sicurezza di Ruby nei suoi confronti ed in seguito sul senso di uno scopo condiviso tra Ruby e sua madre. Per far sentire Ruby maggiormente a proprio agio, il terapeuta creò una connessione con lei a livello personale, dicendo:

Ruby, certamente conosco tua madre ed i bambini meglio di quanto conosco te. E spero di conoscerti meglio se deciderai di lavorare con me. Come sai, tua madre mi ha contattato per aiutarvi ad imparare ad essere di nuovo una famiglia. Dopo cinque anni di lontananza, potrebbe essere difficile per chiunque!

Figura 8.7. Il terapeuta ripara un'alleanza scissa con Ruby ed Estela Jiménez. SOFTA-o = Sistema di Osservazione delle Alleanze in Terapia Familiare-osservazionale



Nel momento in cui la postura di Ruby fu più rilassata, il terapeuta mise tutte le carte sul tavolo: “Questo è ciò che so di te e della tua situazione. Dimmi se è corretto.” Iniziò a riassumere le informazioni che aveva su Ruby – che “era entrata nel giro sbagliato di amicizie” e che “era stata incastrata”, che “manteneva regolarmente i contatti con i figli mentre era in carcere” e che “aveva davvero talento come cantante”, che “alle superiori era una campionessa di atletica leggera” e che si dimostrava “una buona amica ogni volta che qualcuno era nei guai”. Procedendo in tal modo, il terapeuta fece capire a Ruby che ciò che era stato detto in sua assenza non riguardava esclusivamente i suoi errori e che, difatti, il terapeuta si era fatto una buona impressione di lei.

La seconda seduta con Ruby da sola fu più semplice e trattò maggiormente i temi che voleva negoziare con la madre. Sia in maniera implicita che esplicita il terapeuta spiegò il suo ruolo di mediatore: non aveva tra i suoi obiettivi quello di tener Ruby lontana dai figli. Quando Estela si unì a Ruby nelle sedute successive, il terapeuta si concentrò sul mettere in discussione la loro prospettiva a somma-zero (cioè, “io vinco-tu perdi”). Ricordando ad Estela le numerose occasioni in cui aveva detto che la sua principale preoccupazione era il benessere dei bambini, il terapeuta ridefinì il tutto come una situazione in cui ognuno poteva ottenere un tornaconto dal “tornare ad essere di nuovo una famiglia, che decidiate o meno di vivere sotto lo stesso tetto”. Verso la fine della seconda seduta con Estela e Ruby, gli obiettivi furono chiari ed accettabili per

entrambe, madre e figlia. Utilizzando le parole del terapeuta, stavano cercando “di trovare un modo per essere una famiglia – per crescere i bambini insieme e darsi fiduciosamente un supporto reciproco senza competere per l’affetto dei bambini o mettendoli al centro di una battaglia legale per la custodia.”

Nel caso suddetto, il terapeuta aveva inizialmente valutato erroneamente la capacità della famiglia di tollerare una seduta congiunta nel momento in cui Ruby entrò in scena. Lavorando con Ruby individualmente, il terapeuta è arrivato a rimuovere la minaccia costituita dalla coalizione tra la madre, i figli ed un professionista estraneo. In seguito, coinvolgendo Ruby e creando una connessione personale con lei, il terapeuta ha incrementato il senso di sicurezza della cliente. Concentrandosi sugli obiettivi di Ruby, il terapeuta le ha dimostrato che la terapia era utile a lei come lo era alla madre e ai bambini. Dopo che Ruby riconobbe la sua gratitudine ad Estela per essersi occupata dei bambini durante la sua assenza, il passo finale poteva essere compiuto solo con la ridefinizione degli obiettivi del trattamento. Insieme al terapeuta, Ruby ed Estela furono in grado di mettere da parte la definizione della loro situazione in termini di vittoria-sconfitta. Nel momento in cui i bambini rientrarono in trattamento, divenne chiaro che tutti potevano vincere.

Alcune rotture nell’alleanza possono verificarsi proprio a causa del progresso fatto in terapia. Quando i membri della famiglia iniziano a fidarsi del terapeuta e si sentono sempre più sicuri nel contesto terapeutico, possono correre rischi ben maggiori del previsto. Nella settima seduta, Olivia disse a suo marito Ted che poiché la loro vita sessuale era arrivata “virtualmente a un punto morto”, vi erano dei momenti in cui pensava di lasciarlo. Non riusciva proprio ad immaginare di “rinunciare a quella parte della vita a 35 anni”. La terapeuta chiese una reazione a Ted, che commentò che Olivia era “molto più diretta riguardo al sesso” in quella sede di quanto non lo fosse a casa. Piangendo silenziosamente, Olivia interruppe subito “Qui sento di aver più coraggio”. La situazione era particolarmente delicata poiché Ted vedeva la terapeuta come un’alleata di Olivia. Umiliato e sulla difensiva, Ted si rifiutò di spiegare la sua mancanza di interesse sessuale verso la moglie. L’alto livello di sicurezza di Olivia aveva sollecitato un processo che scisse l’alleanza e danneggiò la sicurezza ed il coinvolgimento del marito.

In un esempio più drammatico, una rivelazione sconvolgente frantumò il crescente senso di sicurezza e di uno scopo condiviso. Kate Arnold portò i figli in terapia dopo aver scoperto che Tony, di 13 anni, molestava la sorella minore nei pomeriggi in cui Kate lavorava. Dopo sei sedute produttive, discutendo francamente dei confini, del senso di colpa e dell’autocontrollo, Kate chiese alla figlia se avrebbe mai perdonato il fratello. Nella lunga pausa che seguì, Tony si lasciò sfuggire che *lui* non avrebbe mai perdonato suo zio (il fratello di Kate) di averlo molestato negli ultimi 5 anni. Incredula e furiosa, Kate si rivolse verso Tony, accusandolo di mentire. A quel punto tutti iniziarono ad urlare.

Rivelazioni drammatiche come questa, tuttavia, non necessariamente portano il trattamento ad un’interruzione, ma richiedono sempre un intervento ed attivano l’attenzione da parte del terapeuta. Come il terapeuta che lavorò con Ruby e con Elena, il terapeuta degli Arnolds si è focalizzato sulla motivazione della famiglia ad affrontare veramente i suoi problemi. Ha lodato il loro coraggio e ha sostenuto Kate nel suo shock e

nella sua sofferenza. Utilizzando la loro personale connessione per aiutarla ad assimilare la notizia sconvolgente che aveva appena appreso, il terapeuta è stato in grado a poco a poco di produrre un cambiamento. Alla fine della seduta, Kate è riuscita ad avvicinarsi a suo figlio ed a confortarlo per il suo dolore.

Conclusioni

Uno degli aspetti più frustranti nell'alimentare e direzionare le alleanze nella terapia familiare e di coppia, è costituito dalle differenze tra i punti di partenza dei membri della famiglia. Alcuni membri della famiglia sono più capaci di altri ad osservare un processo e reindirizzare il loro comportamento di conseguenza. Alcuni individui sono più aperti, flessibili e si affidano maggiormente di altri. La posta in gioco di alcuni è più alta e perciò hanno più da perdere. Alcuni sono semplicemente più ben disposti verso gli altri.

Non tutti questi fattori possono essere individuati nella prima seduta o nella fase iniziale del trattamento. Tuttavia, quando un cliente tenta, seppur minimamente, di comprendere il modo in cui il suo comportamento influenza gli altri, vi è la speranza di un progresso nella terapia. Gli Ostaggi nel processo terapeutico possono diventare Clienti. Difatti, il solo atto di lasciare che un terapeuta entri nello spazio più intimo della famiglia, può essere trasformativo. Il processo è progresso.

In questa parte del libro, la nostra finalità è stata quella di illustrare come il porre il focus sulle quattro dimensioni del SOFTA – Coinvolgimento nel processo terapeutico, Connessione Emotiva con il terapeuta, Sicurezza nel sistema terapeutico e Senso di uno Scopo Condiviso all'interno della famiglia – possa aiutare i terapeuti a promuovere e sostenere le alleanze con più clienti e nelle diverse circostanze. Nei capitoli successivi, verrà presentata una discussione più articolata sulle mancate alleanze e sulle sfide all'alleanza che derivano dall'interno della famiglia, dalla relazione tra la famiglia ed il terapeuta e da influenze esterne.



LE SFIDE E LE OPPORTUNITÀ NELL'ALLEANZA

LA RIPARAZIONE DELLE ALLEANZE SCISSE (SPLIT ALLIANCES)

Quando una persona decide di - o è obbligata a - condividere i suoi problemi più intimi con un estraneo, può sostenere con estrema difficoltà l'ansia dell'attesa di questo momento. A volte ogni singolo membro della famiglia si trova in una condizione di disperazione tale da pensare: "Non possiamo più andare avanti così, dobbiamo fare qualcosa!". Tuttavia, ciascun membro della famiglia potrebbe avere una differente visione del problema e una differente tolleranza allo stress. In questo caso uno o più componenti della famiglia potrebbero pensare: "Le cose non vanno poi così male! Abbiamo gestito questa situazione altre volte e possiamo farcela anche ora".

Quando alla fine viene presa la decisione di rivolgersi a un terapeuta, l'ambivalenza all'interno del sistema famiglia può trasformarsi in una divisione fra gli stessi membri. Bill Lee aveva suggerito di intraprendere una terapia ritenendo che la famiglia si trovasse in una situazione grave, ma la moglie Marlena e il figlio James non erano della stessa opinione. Pensavano che la terapia fosse al limite una buona idea, ma anche che il padre stava ingigantendo il problema. Bill, fermo nelle sue convinzioni, fissò un appuntamento per la terapia e Marlena e James accettarono di andare alla seduta senza partecipare attivamente. Già a partire dalla prima seduta, tuttavia, la loro ambivalenza si era trasformata in un ostinato atteggiamento oppositivo tanto che, se la madre e il figlio inizialmente si erano mostrati possibilisti rispetto all'idea di intraprendere la terapia, già dopo la prima seduta non erano più dello stesso avviso.

Questo è quello che succede in una famiglia che comincia la terapia con un scopo poco chiaro. Due sono le cose che possono succedere in questa situazione. L'ambivalenza nel sistema può non manifestarsi mai apertamente in terapia. La famiglia decide di abbandonare la terapia, o disdice gli appuntamenti con una qualche scusa, finché il terapeuta non interrompe la terapia. In altri casi, la resistenza o la sfida si stempera dopo poche sedute e, anche se le persone non trovano pienamente congeniale la terapia, non fanno attivamente resistenza. Con il tempo, però, quando i problemi vengono affrontati esplicitamente, appare chiaro a tutti i membri coinvolti che il sistema non può tornare allo stato originale. L'ansia cresce. Questo è quello che accade quando si

ha un' *alleanza scissa*. L'ambivalenza della famiglia riguardo l'essere in terapia passa da una polarizzazione sul bisogno di essere aiutati ad una polarizzazione sulla persona del terapeuta. Bill potrebbe trovarsi bene con il terapeuta e considerare quello che sta facendo utile e di aiuto, ma Marlena e James potrebbero viverlo, invece, come intrusivo, ridicolo, autoritario, freddo o solamente inadeguato.

Non vogliamo dare l'idea che un' *alleanza scissa* e una scarsa condivisione dello scopo si escludano a vicenda. È tipico, comunque, che la resistenza di una famiglia si manifesti più fortemente in un modo, piuttosto che in un altro. Come già esposto nel Capitolo 7, quando l'obiettivo di una terapia non è condiviso, i membri della famiglia non concordano sul valore dell'andare in terapia, su chi in famiglia ha o meno bisogno di andare alle sedute, sulla natura del problema, sugli obiettivi che dovrebbero sforzarsi di raggiungere e, inutile a dirsi, su come dovrebbero risolvere le loro difficoltà. In un' *alleanza scissa*, invece, questi aspetti non sono oggetto di controversia, o almeno non apertamente. Piuttosto i membri della famiglia si trovano in disaccordo riguardo al terapeuta, quanto competente egli sia, se tiene a loro veramente, se sa quello che fa, se sta migliorando la situazione o la sta peggiorando.

Possono esserci sentimenti negativi verso il terapeuta anche quando la famiglia non è per nulla ambivalente riguardo la richiesta di un aiuto professionale. Alcuni terapeuti sono semplicemente meno esperti, alcuni hanno difficoltà a interagire con i bambini, alcuni non sono sensibili alle differenze culturali, alcuni vedono sempre i genitori come i responsabili dei problemi dei figli, alcuni mostrano favoritismi, altri sono in burnout. In altre parole, un' *alleanza scissa* con il terapeuta può rispecchiare (“*fare da mirroring*”), la divisione interna alla famiglia, o può emergere con il tempo, man mano che la famiglia interagisce con il terapeuta.

In questo Capitolo, definiremo l' *alleanza scissa* nelle terapie di coppia e della famiglia, e discuteremo le possibili cause per cui si verifica e le strategie per evitarla e ripararla.

Definizione di alleanza scissa

Come originariamente introdotto in letteratura da Pinsof e Catherall (1986), il termine *alleanza scissa* si riferisce a delle significative differenze di atteggiamento dei membri della famiglia verso la terapia, o verso il terapeuta in particolare, riguardo gli obiettivi e i compiti della terapia, oppure relativamente al legame emotivo con il terapeuta. Nel Sistema di Osservazione delle Alleanze in Terapia Familiare (SOFTA), forniamo una definizione più circoscritta, vale a dire la presenza di notevoli differenze nelle emozioni dei membri della famiglia nei riguardi del terapeuta, che potrebbero provenire o meno dalla mancanza di accordo riguardo specifici obiettivi o compiti della terapia. Differenze fra i membri della famiglia sul valore o l'orientamento della terapia si riflettono in una scarsa condivisione dello scopo, che Pinsof (1994) ha chiamato debole *alleanza all'interno della famiglia*.

Come discusso in precedenza, ad ogni modo, i due processi si sovrappongono. Quando i membri della famiglia iniziano a dividersi sull'essere in terapia o su dove do-

vrebbe essere indirizzato il trattamento (quando, cioè, hanno uno scopo poco chiaro), alcuni sono meglio disposti ad affidarsi al terapeuta rispetto ad altri. Quando tutti i membri della famiglia cominciano in accordo, con il tempo possono emergere differenti punti di vista riguardo la competenza, la neutralità e la personalità del terapeuta, determinando una mancanza di accordo riguardo l'orientamento della terapia o riguardo al valore della stessa. Chi si sente meno a proprio agio con il terapeuta, ha meno probabilità di capire l'importanza delle sedute. Inoltre, chi pensa che il terapeuta non abbia posto sufficiente attenzione a se stesso/a e ai propri problemi, può sentirsi in difficoltà, iniziando a investire sempre meno nel lavoro verso gli obiettivi comuni della terapia.

In altre parole, sebbene un'*alleanza scissa* e una scarsa chiarezza dello scopo potrebbero essere processi inscindibili nella pratica clinica, per chiarezza concettuale li indicheremo come fenomeni differenti. Nel Capitolo 5 abbiamo discusso il modo in cui i terapeuti possono sviluppare e migliorare il legame emotivo con i membri della famiglia. Nei seguenti paragrafi, ci focalizzeremo sulla fonte di variabilità delle connessioni emotive con il terapeuta, come causa di un'*alleanza scissa*.

Prima di passare a questo, ad ogni modo, andiamo a considerare come l'*alleanza scissa* è stata operazionalizzata in letteratura. Pinsof e Catherall (1986) hanno suggerito di mettere a confronto le misure self report dei membri della famiglia sulla Couple Therapy Alliance Scale o sulla Family Therapy Alliance Scale. Seguendo questa indicazione, Heatherington e Friedlander (1990b) hanno rilevato che, dopo la 3° seduta, una cospicua percentuale di coppie e famiglie nel loro campione di pazienti ambulatoriali poteva essere caratterizzata dalla presenza di una *alleanza scissa*, dati che sono stati recentemente replicati (Mamodhoussen, Wright, Tremblay, & Poitras-Wright, 2005). In entrambi gli studi, una considerevole percentuale di membri della famiglia tendeva ad avere differenti visioni su come il terapeuta stava conducendo le sedute e sulla qualità della loro relazione con lui.

L'*alleanza scissa* nella terapia di coppia è stata oggetto di due studi recenti. In un'indagine (Knobloch-Fedders et al., 2004) su una terapia integrata centrata sul problema (Pinsof, 1995), l'*alleanza scissa* di una coppia con il terapeuta in prima seduta era strettamente correlata alla storia di rapporto problematico con la famiglia d'origine; nella seduta 8, l'*alleanza scissa* era più frequente quando le mogli continuavano a vedere il matrimonio come problematico; e tuttavia, i risultati erano migliori quando le alleanze dei mariti con il terapeuta erano più forti di quelle con le loro mogli (Knobloch-Fedders, et al., 2004). Nell'altra indagine (Mamodhoussen et al., 2005), l'*alleanza scissa* era molto più frequente nelle coppie giovani e sposate da poco. È interessante notare che divergenti punti di vista sull'*alleanza* venivano riscontrati con maggiore probabilità quando gli uomini erano più tormentati riguardo al matrimonio e le mogli avevano pochi sintomi psichiatrici.

L'*alleanza scissa* può anche essere identificata in altri modi. Bennun (1989) ha confrontato le percezioni dei clienti all'inizio della seconda seduta di terapia familiare rispetto ad alcune caratteristiche del terapeuta, come interesse-considerazione positiva, competenza-esperienza e attività-direttività. I risultati mostrano che ad una più ampia differenza fra i punteggi della madre e del padre corrispondeva un esito clinico peggiore. In particolare, l'*alleanza scissa* era predittiva dei risultati, mentre le differenze nell'approccio terapeutico non comportavano differenze di esito.

Differenti punteggi nei comportamenti correlati all'alleanza dei membri della famiglia sono stati utilizzati per operazionalizzare l'*alleanza sbilanciata* in funzione della terapia familiare (Robbins et al., 2003). Sebbene i punteggi individuali dei membri della famiglia non predicessero l'abbandono dopo la prima seduta, tuttavia il *dropout* era più probabile quanto più divergenti erano i punteggi dell'alleanza dei genitori e degli adolescenti.

In un altro studio recente, Symonds e Horvath (2004) hanno calcolato un indice di corrispondenza fra i punteggi delle coppie nello Working Alliance Inventory - Couples. L'accordo fra i partner riguardo la forza dell'alleanza giocava un ruolo importante nel successo della terapia, a dispetto del fatto che l'alleanza fosse stimata favorevole o meno. Inoltre la concordanza tra i clienti circa l'alleanza era molto più determinante rispetto a quella di ciascuno dei due con il terapeuta.

In uno studio qualitativo, Beck e colleghi (2006) hanno proposto interviste semi-strutturate individuali ai membri di quattro famiglie spagnole -immediatamente dopo che essi avevano completato la Revised Family Therapy Alliance Scale (Pinsolf, 1999)- e hanno confrontato tali punteggi con le valutazioni osservate al SOFTA-o. Come nello studio di Heatherington e Friedlander (1990b), l'alleanza con il terapeuta misurata dalla scala autocompilata era sbilanciata in positivo, ma erano presenti segni di una modesta *alleanza scissa* (ad esempio, dove un membro della famiglia riportava sentimenti in qualche modo meno positivi rispetto agli altri membri della famiglia). Questi dati erano in linea con le valutazioni osservate con la scala di osservazione del SOFTA che mostrava per tutti una connessione emotiva piuttosto positiva con il terapeuta, insieme ad una piccola variabilità all'interno della famiglia.

Nelle interviste individuali dopo la seduta, era evidente che alcuni clienti venivano come "ospiti" e altri come "parte in causa" (M. Beck et al., 2006). Complessivamente, questi clienti si esponevano poco riguardo ai loro sentimenti, positivi o negativi, verso il terapeuta. Quando si esprimevano in senso negativo, tendevano a citare una generale diffidenza verso i professionisti, o la mancanza di accordo con il terapeuta sugli obiettivi della terapia. D'altro canto, i clienti nel campione di Beck e colleghi riportavano con più facilità gli aspetti positivi e negativi dell'essere in terapia con gli altri membri della famiglia (come, ad esempio, il sentirsi criticati, o la mancanza di privacy). Beck e colleghi hanno concluso che l'*alleanza scissa* potesse avere meno a che fare con le percezioni del terapeuta e maggiormente con le differenti (e conflittuali) motivazioni nella famiglia rispetto alla richiesta di aiuto.

Effettivamente, potrebbe risultare troppo superficiale addossare la colpa dell'*alleanza scissa* al solo terapeuta. Anche avendo esperienza, terapeuti seri possono aver problemi a creare un legame e a negoziare gli obiettivi terapeutici e i compiti che possono coinvolgere e aiutare tutti i membri a sentirsi sostenuti in terapia. In altre parole, non sono solo talento, abilità, esperienza e atteggiamento del terapeuta a creare un'alleanza compatta o scissa, ma in questo giocano un ruolo anche le caratteristiche, la motivazione, i problemi clinici e la struttura della famiglia, così come l'interazione tra le caratteristiche del terapeuta e quelle dei membri della famiglia.

Entrare in connessione

Sugli aspetti teorici dell'*alleanza scissa* non c'è molta letteratura e sono stati condotti pochi studi per esplorare quest'area, sebbene ci sia qualche lavoro rilevante sulle caratteristiche del terapeuta che contribuiscono a una forte alleanza. In terapia individuale, le caratteristiche che favoriscono una forte alleanza possono essere indicate così (Horvath & Bedi, 2002): capacità interpersonali (essere disponibile, capace di infondere speranza), stile di comunicazione (comunicare chiaramente, trasmettere comprensione), empatia, apertura mentale, capacità esplorativa ed esperienza, sebbene i risultati siano controversi circa l'esperienza. In terapia familiare è logico aspettarsi che l'assenza di queste caratteristiche - o la presenza del loro contrario - possa determinare un'*alleanza scissa* (mancanza di disponibilità, comunicazione poco chiara) e, in effetti, molti teorici (Flaskas, 1989) e ricercatori hanno evidenziato la particolare importanza dell'empatia (Bischoff & McBride, 1996; Helmeke & Sprenkle, 2000; Kuehl et al., 1990).

L'estrapolazione diretta dalla terapia individuale a quella familiare, ad ogni modo, dovrebbe essere fatta con cautela. La ricerca in terapia individuale, per esempio, suggerisce che esprimendo "le caratteristiche di un leader potente" nella prima fase della terapia, si può sortire l'effetto di creare un'alleanza debole (Horvath & Bedi, 2002), ma i clienti nella terapia di coppia e in quella familiare hanno la propensione a giudicare l'alleanza in maniera meno favorevole se il terapeuta non prende in mano la situazione (Friedlander & Heatherington, 1989). La posizione "up" del terapeuta rispetto alla famiglia è necessaria per gestire i conflitti quando i clienti hanno punti di vista divergenti e priorità differenti (Bischoff & McBride, 1996).

A parte l'empatia, l'ottimismo e la competenza, si può ipotizzare che la caratteristica più importante di un terapeuta familiare sia la capacità di comprendere e di entrare in relazione con la famiglia come sistema (Andolfi & Angelo, 1988). Utilizzando un'ottica sistemica, il terapeuta ha meno probabilità di commettere errori quali il vedere la sofferenza di un solo membro della famiglia, o la collusione con uno dei partner nell'accettare di tenere segreta una cosa ad un altro.

I risultati di molti studi empirici sottolineano questo punto. In uno studio (Sigal, Barrs, & Doubliet, 1976), i clienti che interrompevano prematuramente la terapia tendevano a commentare che il terapeuta non comprendeva i loro problemi. In uno studio analogo (Dozier et al., 1998), i membri della famiglia percepivano l'alleanza terapeutica come più forte quando il terapeuta usava domande circolari (per esempio, chiedendo a una persona di commentare la relazione fra gli altri: "Come fai a non farti mettere in mezzo, quando papà e mamma litigano?"), rispetto a quando usava domande lineari ("Con chi litighi più spesso?"). In un altro studio (Christensen et al., 1998), le interviste alle coppie suggerivano come un'importante misura preventiva contro l'*alleanza scissa* fosse la percezione da parte del cliente della correttezza. Questo punto era stato sottolineato da Kuehl e Colleghi (1990), che concludevano che i membri della famiglia sopportano a fatica di vedere il terapeuta "prendere di mira" o "strapazzare" gli altri (p.315).

Quando il paziente è rappresentato dalle *dinamiche* familiari e "il problema" è attribuito all'impasse relazionale e non a una persona, allora l'obiettivo del terapeuta

si sposta dalla patologia alle competenze relazionali (Madsen, 1999). Quando questo atteggiamento è chiaro ai membri della famiglia, è più facile che gli interventi del terapeuta siano sperimentati come imparziali, neutrali e propositivi. Così, per esempio, il terapeuta con orientamento sistemico evita di identificare un obiettivo terapeutico come “aiutare Sabina a lasciare casa”, scegliendo invece di inquadrare la situazione come “aiutare la famiglia a passare a un nuovo stadio evolutivo” o, ancora meglio, “aiutare Sabina a lasciare casa in modo che tutti vedano positivamente la sua esperienza e mantengano in piedi il rapporto tra loro, ma in un modo nuovo e differente”. In altre parole, identificare gli obiettivi terapeutici come un cambiamento del sistema (“rimettere la famiglia in piedi dopo la tempesta” o “recuperare intimità e fiducia nel vostro matrimonio”) è la *conditio sine qua non* per promuovere un senso d'imparzialità e, in questo, evitare un'*alleanza scissa*.

Sebbene sia fondamentale vedere la famiglia come un insieme di persone con priorità interconnesse, in cui ciascuno si spende per bilanciare autonomia e dipendenza, anche i terapeuti ad orientamento sistemico possono commettere errori tecnici. Uno di questi è non rispettare la gerarchia del potere nella struttura familiare (Pinsof, 1994). In cinque studi sull'alleanza (Bennum, 1990; Bourgeois et al., 1990; L. N. Johnson et al., 2002; Knobloch-Fedders et al., 2007; Quinn et al., 1997) sono state rilevate diverse percezioni dei membri della famiglia attraverso un self-report; nella maggior parte dei casi, il punteggio dell'alleanza con il padre o con il marito era più strettamente correlato con il successo del trattamento, piuttosto che quello dell'alleanza con la madre o la moglie. Non sempre la persona con più potere in casa è il maschio o il capofamiglia, e addirittura questa persona può essere la più silenziosa in terapia, quella che più facilmente passa inosservata (Stevenson, 1993). Per dirla semplicemente, se il terapeuta non si connette con chi ha il potere di “trattenere la famiglia dall'andare a tavola”, un'*alleanza scissa* potrebbe disturbare la terapia per tutti (Pinsof, 1994).

Questo non significa che i terapeuti debbano lusingare il membro con più potere nella famiglia empatizzando eccessivamente con lui o accettando il suo punto di vista sulla situazione familiare come se fosse vangelo. Al contrario, diversi autori (Haley, 1976; Keith, Connell, & Connell, 2001; Pinsof, 1994) hanno fatto notare l'importanza della posizione gerarchica del terapeuta all'interno del sistema terapeutico (Keith et al., 2001). I membri della famiglia sono persone autorevoli nella loro vita e responsabili delle loro scelte, ma l'esperto in sede di terapia è il terapeuta (Keith et al., 2001).

Essere un leader che ha potere non implica l'essere autoritario, quanto piuttosto autorevole. Come Haley (1976), che sosteneva di usare la *metacomplementarietà*, cioè di assumere potere passivamente “andando one-down”, Keith e Colleghi (2001) hanno suggerito l'uso strategico dell'“impotenza” nel lavoro con famiglie resistenti (p.80). I terapeuti non possono cambiare i membri della famiglia, e piuttosto che rischiare un'*alleanza scissa* facendo un braccio di ferro con un cliente provocatorio od ostile, possono stimolare un cambiamento attraverso un atteggiamento di sottomissione giocosa (one down), come illustrato nell'esempio seguente:

Nella famiglia G. erano in cinque: madre, padre, un fratello maggiore e due sorelle. Bob, diciassettenne, diceva di essere uno stregone. Vestiva di scuro, con uno stile gotico e si pitturava le unghie di nero. I genitori erano rigidi e severi, convinti che tutti ritenessero il

figlio un idiota. Con l'aiuto della scuola e del loro pastore, erano arrivati a vedere il gioco di ruolo di Bob come una malattia mentale. A metà della tesissima prima seduta, in cui i genitori avevano solo saputo parlare di Bob e dire cosa temevano e cosa non piaceva loro, il terapeuta disse: "Sapete, penso che Bob sia un ragazzo creativo, ma quello che mi preoccupa è il suo isolamento". E, rivolgendosi a Bob: "Hai mai pensato di coltivare qualche amicizia in una congrega di streghe, così da avere qualche discepolo? Sai bene che non si può diventare un messia senza discepoli". La madre, una insegnante delle medie senza il minimo senso dell'umorismo, con le labbra arricciate in una espressione di perenne disgusto, rispose al terapeuta sessantenne come se ne avesse undici. "È ridicolo. Non siamo venuti qui per sentire altre sciocchezze". Tacque un attimo e poi, sfidando il terapeuta: "Perché siamo qui ad ogni modo?" Sorridendo, senza pause, il terapeuta rispose: "Le dirò una cosa. Sono stato ridicolo per tanti anni, e sono bravo in questo. Suppongo che lei sia qui per imparare un modo differente di essere ridicola". Questo messaggio assurdo aveva un contenuto duro, ma contemporaneamente, sul piano non verbale, non si poneva sulla difensiva, essendo strategico e invitante. Ma, cosa più importante, presentava una buffa disapprovazione di se stesso, come di una persona indegna di considerazione sociale. Continuando, il terapeuta chiese alla madre come faceva lei a stupire i suoi genitori quando andava alle superiori. Nel giro di dieci minuti, a bocca aperta e con un bel sorriso, la madre stava già ridendo di alcune sue uscite da studente delle superiori, mentre il marito e il figlio si mostravano divertiti. Aveva messo da parte il ruolo dominante di madre/insegnante. Grazie ai suoi ricordi divertenti e leggeri, la famiglia e il terapeuta ebbero accesso alla sua vera personalità (Keith et al., 2001, pp. 81-82).

In questo esempio, la madre era pronta a fare una battaglia con il terapeuta per non aver considerato il comportamento del figlio come disturbato. Se il ragazzo avesse apprezzato le osservazioni di sostegno del terapeuta, ma quest'ultimo non fosse stato capace di conquistare la madre, un'*alleanza scissa* avrebbe compromesso la terapia fin dall'inizio.

È facile considerare perché alcuni membri della famiglia possano entrare meno in sintonia con il terapeuta rispetto ad altri. Quando alcuni membri della famiglia provano vergogna, hanno qualcosa da nascondere o sono preoccupati di venire colpevolizzati, è naturale che trasformino la loro resistenza alla terapia in una svalutazione del terapeuta. In un caso dello studio di Beck e colleghi, una madre abbandonò la terapia all'improvviso, dopo che il terapeuta si era concentrato sulla disfunzionalità della relazione coniugale piuttosto che sull'abuso di droghe del figlio. Oppure si può considerare il caso di Louann Johnson, una madre single, che era stata inviata in terapia con i due figli maggiori: questi ultimi speravano che il terapeuta avrebbe aiutato la madre ad uscire dalla droga; Louann, tuttavia, era pronta a odiare il terapeuta. Dopo che gli assistenti sociali le avevano tolto il figlio più piccolo, Louann vedeva tutti i professionisti come nemici.

Anche quando la resistenza non è forte, la personalità del terapeuta potrebbe non esprimere lo stile preferito di interazione di ciascun membro della famiglia. Inoltre, anche quando un terapeuta pensa in ottica sistemica e ha esperienza di persone a diversi stadi evolutivi, la sua capacità di entrare in sintonia potrebbe essere messa alla prova dalle caratteristiche strutturali della famiglia, e dai problemi radicati in quella struttu-

ra. Nel prossimo paragrafo, tratteremo di come i terapeuti possono evitare un'*alleanza scissa* con le coppie, con le famiglie con adolescenti e con le famiglie trigenerazionali.

Lavorare con costellazioni familiari difficili

A volte la difficoltà del terapeuta a relazionarsi in maniera imparziale con i membri della famiglia è legata alla struttura del sistema familiare, piuttosto che alle caratteristiche personali di ciascuno. Quando un terapeuta entra nel sistema dei clienti, nuovi triangoli si vengono a formare (Andolfi & Angelo, 1988). Se il sistema è una coppia, l'entrata del terapeuta trasforma la diade in una triade. Come Bowen (1976) ha esaurientemente descritto, i triangoli possono stabilizzare sistemi diadi di altamente ansiosi oppure portare a coalizioni distruttive.

Come discusso nel Capitolo 10 ("La diversità all'interno dell'alleanza"), il genere del terapeuta di per se stesso (come altre caratteristiche demografiche) può determinare allineamenti in base alla percezione di similitudini e differenze. Un terapeuta di uno o l'altro sesso, lavorando con una coppia eterosessuale, avrà lo stesso genere di un cliente e l'opposto dell'altro. Nella relazione con l'altro sesso ci potrebbero non solo essere differenti esperienze di vita e prospettive, ma anche pulsioni sessuali latenti.

Con una coppia, il "triangolo terapeutico" potrebbe diventare dannoso se il terapeuta viene attivato dai processi emotivi della coppia (Guerin, Fogarty, Fay & Kautto, 1996). Anche quando il problema della coppia è una mancanza di intimità, piuttosto che un conflitto aperto, c'è inevitabilmente un disaccordo che separa i partner sia rispetto alla natura della difficoltà che rispetto al rimedio da porvi e questo per il terapeuta si potrebbe tradurre emotivamente in: "Da che parte stai?". Anche quando cerca di evitare di schierarsi, il terapeuta spesso avverte un'alleanza scissa, quando la coppia non vede il suo comportamento come neutrale. A meno che non sia impossibile lavorare sulla relazione di coppia, è controproducente vedere i membri della coppia con sedute individuali periodiche, o continuare con la coppia dopo aver visto i partner in terapia individuale per più di una o due sedute. Molto spesso, le lamentele fatte su un partner nei colloqui individuali compromettono la fiducia reciproca della coppia.

Anche quando il terapeuta vede solo la coppia congiuntamente ed è equamente alleato con entrambi i partner, la vera natura del loro problema può determinare un'*alleanza scissa*. Rob e Heather Michelson, per esempio, erano giunti in terapia per decidere se trasferire in casa famiglia la figlia ventitreenne, autistica e ritardata, allontanandola dalla casa dove era sempre vissuta con loro. Dopo poche sedute, in cui avevano descritto la loro storia e la loro angoscia, la terapia prese a somigliare gradualmente ad un dibattito, con pro e contro, argomentazioni e confutazioni. Col tempo, mentre Rob e Heather presentavano posizioni sempre più distanti, il terapeuta si accorse che gli era stato assegnato implicitamente il ruolo di giudice. Quando la coppia discuteva, ciascun cliente era rivolto al terapeuta invece che al partner, soppesando l'effetto delle parole sull'opinione del giudice. Dal momento che "il giudice" era estremamente attento a non dare giudizi, volendo solo monitorare la discussione e chiarirne i termini, la sfida coperta si spostò da: "Chi ha ragione?" a "Chi preferisci fra i due?".

La soluzione a questo enigma viene facilmente vista, ma non altrettanto facilmente raggiunta. Il terapeuta ha bisogno di definire il suo “cliente” non come due componenti indipendenti di una coppia, ma piuttosto come una relazione in difficoltà. Intervenire in maniera empatica a livello relazionale è la soluzione, ad esempio: “Voi due vi trovate in grande difficoltà su questo, mi pare. Sento proprio il vostro sforzo”, oppure

Sono colpito veramente da quanto pensiero vi siate dati per questo problema. Quando andate a casa questa settimana, come potete festeggiare i progressi che avete fatto? Perché *io* li vedo, e anche se mi accorgo che non siete al punto dove vorreste, ci state arrivando.

In un triangolo terapeuta + coppia, il rischio è di creare due alleanze positive contro una negativa. Quando, comunque, la famiglia è formata da un genitore solo con un'adolescente in conflitto, la struttura gerarchica del sistema terapeutico è un problema aggiuntivo rispetto alla complessità dell'equilibrio emotivo. Vale a dire, sebbene ci troviamo di fronte a un sistema di tre persone simile a quello terapeuta + coppia, la natura del triangolo è differente in virtù della differenza di potere, cioè due adulti contro un ragazzo. La domanda emotiva non è nei termini di “Chi ha ragione?”, ma di “Come userai il tuo potere?”. Naturalmente, un adolescente molto diffidente si aspetterà che il terapeuta-adulto si allei con il genitore. Il genitore si aspetta (o almeno spera) di essere supportato e non colpevolizzato o criticato dal terapeuta di fronte al ragazzo. In effetti, due sono i casi: che il genitore non si ponga proprio il problema di chiedersi da che parte stia il terapeuta, convinto che gli adulti si supportino a vicenda; oppure che il genitore si preoccupi che il terapeuta minacci la sua autorità, sforzandosi di entrare in relazione con l'adolescente ribelle.

Anche in una famiglia con due genitori possono esserci simili preoccupazioni sull'alleanza del terapeuta con i figli ma, quando in campo ci sono due genitori, un terapeuta, e almeno un adolescente, si formano vari triangoli interconnessi tra loro (Bowen, 1976). Con l'aumento dei potenziali alleati, le coalizioni del terapeuta o i suoi allineamenti (Sluzki, 1975) possono costituire un motore di cambiamento, piuttosto che una minaccia all'alleanza. Nella terapia familiare basata sull'attaccamento, per esempio, Diamond e Siqueland (1995,1998) lavorano con i genitori e i figli separatamente prima di vederli insieme, cercando di entrare in empatia con ciascuno. Nella maggior parte dei casi, secondo questi Autori, la depressione degli adolescenti è collegata a una qualche carenza nell'attaccamento con i genitori. Nelle famiglie multiproblematiche, gli adolescenti sono spesso reattivi nei confronti dei problemi familiari come i conflitti coniugali, il divorzio, l'uso di droghe dei genitori, gli abusi dei genitori acquisiti. L'intervento di ri-attaccamento prevede di dar sfogo alle lamentele dei ragazzi e di aiutare i genitori ad ascoltare, calmare e accogliere il punto di vista dei figli, senza esprimere giudizi o mettersi sulla difensiva. Se, però, il terapeuta non ha instaurato una relazione empatica con l'adolescente e i genitori prima dell'intervento di ri-attaccamento, la probabilità di un'*alleanza scissa* è notevole. Dopo tutto, prendiamo in considerazione cosa richiede una situazione come questa: che il terapeuta, ad esempio, incoraggi una figlia a dire ai suoi genitori che errori hanno commesso con lei. Quando i genitori fanno di essere apprezzati e rispettati dal terapeuta e consapevoli che egli ha riconosciuto loro di aver fatto tutto il possibile in una situazione difficile,

allora potranno ascoltare la figlia senza mettersi sulla difensiva e rispondere in maniera empatica alla sua sofferenza.

Lavorando in terapia familiare multidimensionale con adolescenti impulsivi, Diamond e Liddle (1999) evidenziano l'importanza di associarsi all'adolescente sostenendo i suoi obiettivi personali. Tutto questo può diventare un problema, se l'unico obiettivo dell'adolescente è farla pagare ai genitori per la sua sofferenza! Diamond e Liddle (1999) hanno rilevato che quando l'impasse astiosa genitore-adolescente veniva affrontata con successo, i terapeuti avevano direttamente indirizzato la loro alleanza verso i genitori, anche se minimamente. Per la verità, gli Autori si raccomandavano di affrontare la potenziale scissione nell'alleanza *prima* che si manifesti apertamente, come fece uno dei terapeuti del loro studio.

Mr. Robers, non la sto colpevolizzando per i problemi di suo figlio. Pensa di sì? ... Me lo direbbe se lo facessi? ... Bene! Perché le sto dicendo che suo figlio ha molti pensieri in testa, pensieri ingombranti, che stanno alimentando collera e mancanza di collaborazione. Se lo potessimo ascoltare fino in fondo, magari le sue resistenze e la sua sfiducia potrebbero ridursi. Non pensi a mettersi sulla difensiva, ora. Cerchiamo solo di ascoltare quello che suo figlio ha da dire (p. 17).

Il tipico obiettivo di un adolescente ribelle è di avere più indipendenza o controllo sulla vita. Quando il terapeuta dice ai genitori che sono iperprotettivi o eccessivamente controllanti, ciò potrebbe non solo danneggiare l'alleanza con i genitori, ma anche alla lunga essere nocivo per l'adolescente stesso. Un'altra strategia potrebbe essere quella di indirizzare un intervento empatico, e insieme stimolante, a entrambi i sottosistemi contemporaneamente.

Tim sei arrabbiato, lo so, e dici di volere più libertà, mentre i tuoi sono preoccupati e dicono di non potersi fidare di te. Io non vivo con voi, gente, e non sono in grado di giudicare quale sia la "verità" in questa situazione. Ma *so* che stai facendo una richiesta tipica di un ragazzo della tua età, e so anche che è incredibilmente difficile per i genitori capire quanta libertà il figlio o la figlia sia in grado di gestire, proprio perché i ragazzi crescono e cambiano tanto in fretta. È dura per i genitori capire dove piazzare i paletti, per darti la libertà necessaria per crescere, senza metterti in pericolo. Come trovare un accordo? Mi piacerebbe aiutarti a discutere con i tuoi genitori di quale libertà vorresti, discutere in modo che ti possano ascoltare e non ti scaccino via. Ma mi serve che tu accetti di mantenere la calma mentre parliamo, e ascolti anche le loro preoccupazioni. Allora, se vogliamo provarci, possiamo iniziare col proporre come vorresti ottenere ciò che vuoi, in modo da essere anche responsabile nel caso in cui le cose vadano storte. Che ne dici di provare?

L'empatia di questo messaggio è verso entrambe le parti in conflitto: da una parte i genitori sono preoccupati, angosciati, e vogliono fare la cosa giusta, dall'altra l'adolescente è determinato e indisponente, ma vuole star vicino ai suoi genitori senza mostrare di averne bisogno. Per la famiglia intera, il messaggio è: "Sento la vostra sofferenza crescere. Vi aiuterò a uscirne fuori".

Un'altra costellazione familiare difficile è rappresentata dalla famiglia trigerazionale, specie quando i membri della famiglia condividono letteralmente la casa. Poiché il sistema emotivo di una tale costellazione familiare può variare in funzione di tanti elementi, come l'etnia familiare, la classe socio-economica e i valori, il terapeuta ha bisogno di sapere se questa condizione di convivenza è usuale o meno per le persone coinvolte. A parte il significato di questa soluzione nella cultura della famiglia, il potere di un sistema trigerazionale è assegnato in funzione di "chi viene visto come convivente di chi". Per esempio, il figlio sposato ha sempre vissuto con i genitori, e fino a quando questi si aspettano che lui rimanga? La nonna vedova si è trasferita a casa della figlia, perché non poteva continuare a vivere da sola? O la figlia divorziata si è trasferita a casa della madre per avere un sostegno morale ed economico? Sistemi come questi sono triangolari per definizione e la persona in mezzo ricopre spesso la posizione più difficile, perché gioca contemporaneamente due ruoli, di figlio e genitore.

Quando un terapeuta entra in un sistema triangolare, la sfida è doppia. Per prima cosa, il terapeuta deve agganciare emotivamente individui che sono a diversi stadi evolutivi, cosa difficile specialmente quando i clienti non capiscono, o non riconoscono, le problematiche degli altri componenti di questo sistema complesso. Nella famiglia Cohen, il nonno non riconosceva né la difficoltà della figlia Joan di essere il fulcro di due generazioni, né la vulnerabilità di suo nipote, in fondo alla scala gerarchica. Joan non comprendeva né gli sforzi del padre per mantenere una qualche autorità e rispetto da quando si era scontrato con la vecchiaia e gli acciacchi, né il conflitto di lealtà che ravvisavano i figli. E il ragazzo, naturalmente, aveva poca comprensione di cosa stessero provando o affrontando la madre e il nonno.

La seconda sfida per il terapeuta è di riuscire a capire il sistema emotivo, che potrebbe rispecchiare o meno la gerarchia, e associarsi in base ai ruoli di potere, senza mettere in disparte le figure più deboli. Un sistema trigerazionale particolarmente difficile è quello in cui un genitore è periferico e il legame più forte è fra il nonno e il ragazzo. Il rischio è che il supporto del terapeuta a questa diade potrebbe allontanare la madre che, se è una persona vulnerabile, potrebbe reagire abbandonando la famiglia.

Il punto che stiamo sottolineando qui è che, per associarsi a livello empatico con tutti i clienti individualmente, il terapeuta familiare deve comprendere la struttura e le dinamiche che, agendo all'interno del sistema, possono determinare un'*alleanza scissa*. Le *alleanze scisse*, comunque, si possono verificare anche nelle migliori condizioni.

Affrontare le rotture nell'alleanza

Nella Family Therapy Alliance Scale di Pinsof e Catherall (1986), ai membri della famiglia viene chiesto di resocontare sul legame del terapeuta con loro come gruppo. Nello studio di Johnson e colleghi con famiglie a basso reddito (2002), i punteggi in questa sottoscala non erano correlati con l'esito della terapia, e questo ha fatto supporre agli Autori che i vari clienti non fossero consapevoli dei sentimenti degli altri membri della famiglia verso il terapeuta. Effettivamente, nel compilare il questionario dello stu-

dio di Beck e colleghi (2006), alcuni clienti dicevano qualcosa del tipo: “Come posso sapere cosa pensa mio marito? Non leggo mica il pensiero, *io*.”

Quando c'è una rottura aperta, come quando un cliente aggredisce verbalmente il terapeuta, l'alleanza scissa è palese a tutti. La prima cosa da fare per riparare un'alleanza scissa è determinarne l'intensità; appare come “estremamente pericolosa” o “solamente una seccatura” (Pinsof, 1994, pp. 180-181)? Ricordiamo il caso di Bill Lee e della sua famiglia. Nonostante un inizio della terapia difficoltoso, tutto andava piuttosto bene finché Bill non accusò Marlina di nascondergli che beveva. Quando esplose la discussione, la terapeuta, colta di sorpresa, chiese a Marlina quanto beveva e quanto spesso le capitava. Questa, furiosa, se la prese con lei, e scappò dalla stanza.

In questo caso, la sfiducia del cliente nel processo terapeutico e nella capacità del terapeuta di garantire sicurezza ha determinato un'alleanza scissa disastrosa. Episodi come questo possono essere reversibili, comunque, se vengono compiuti dei passi per riparare l'alleanza con il cliente che si sente ferito o perseguitato. Marlina sospettava che il problema del bere sarebbe emerso a un certo punto in terapia, ma non si aspettava di sentirsi così vulnerabile in quella circostanza. Non poteva perdonare alla terapeuta di averle chiesto dell'alcol davanti al figlio tredicenne (“dando per scontato che fossi colpevole”). Sebbene Marlina accusasse anche Bill di aver introdotto l'argomento, era molto più facile e sicuro provare ed esprimere rabbia verso la terapeuta, la qual cosa le forniva anche un alibi per abbandonare la terapia.

Quando Marlina lasciò la stanza, la terapeuta fu presa alla sprovvista e non sapeva come procedere. Fino a quel momento, la terapia si era concentrata su come tenere il figlio adolescente lontano dalle bande e dalla droga. Con la chiarezza che solo il senno di poi può dare, la terapeuta si accorse che l'essersi concentrati sulla salute e la sicurezza di James costituiva una metafora implicita delle preoccupazioni di Bill per la moglie. Per nascondere la sua confusione, la terapeuta proseguì la seduta chiedendo sia a Bill che a James di descrivere in dettaglio l'ormai palese alcolismo di Marlina.

Proseguendo con le domande, comunque, la terapeuta si accorse del proprio disagio crescente, che non seppe mettere a fuoco fino alla fine della seduta. Capì che continuare la seduta senza Marlina era stato un errore. Inoltre, far parlare gli altri membri della famiglia sull'alcolismo di Marlina era servito solo a reificare l'alleanza scissa, rendendo più difficile riagganciare Marlina in seguito, anche se Bill non le avesse detto cosa era successo in seduta dopo che se ne era andata.

L'alleanza scissa in questo caso era particolarmente delicata perché un genitore era stato messo in imbarazzo davanti al figlio. Per farla tornare sui suoi passi, bisognava gestire con sensibilità le dinamiche familiari ed era fondamentale farlo prima della seduta successiva. Ci sono molti modi per provare a riagganciare emotivamente Marlina, chiamandola, scrivendole una lettera o chiedendole di vederla individualmente. Indipendentemente da come, la rottura nel processo terapeutico deve essere affrontata prima di parlare di nuovo del problema dell'alcolismo di Marlina. Se Marlina non mostra alcun segnale di apertura, il terapeuta potrebbe iniziare così:

Marlina ho bisogno di scusarmi con te per come la situazione mi è sfuggita di mano, mercoledì scorso. Ci eravamo accordati di concentrarci in terapia sulle vostre preoccupazioni per James, perciò non avrei dovuto chiederti dell'alcol. Siamo andati fuori strada e vorrei esprimerti il mio dispiacere per come sono andate le cose.

Se Marlina accettasse le scuse, anche senza esplicitarlo, la terapeuta potrebbe chiederle di questa sua esperienza. Il recupero dell'alleanza dovrebbe avvenire in un modo simile a quello suggerito da Safran e Muran (1996, 2000), cioè con l'incoraggiamento all'espressione costruttiva della collera da parte di Marlina, con l'apprezzamento da parte della terapeuta della franchezza di lei e la consapevolezza della terapeuta del proprio ruolo in questa rottura. Il punto in questo processo è di mostrare un modello al cliente per risolvere un conflitto interpersonale ragionevolmente e senza distruggere la relazione.

A un certo punto, la terapeuta dovrebbe informare Marlina di cosa è successo dopo che lei se n'è andata e scusarsi per aver parlato di lei in sua assenza. Non possiamo sapere come andrà a finire, perché la volontà di Marlina di recuperare l'alleanza terapeutica dipende da molti fattori e non solo dal tentativo sincero della terapeuta di recuperare l'alleanza. Il successo di questa riparazione potrebbe dipendere dal fatto che dopo la seduta Bill abbia rassicurato Marlina sul suo amore incondizionato, o dal fatto che Marlina voglia a questo punto affrontare il suo problema di alcolismo, o ancora dal fatto che la relazione terapeutica sia stata una risorsa importante e positiva fino a questo momento. Al contrario, l'eventuale insuccesso potrebbe essere dovuto al fatto che Marlina ha già espresso con gli altri aspre parole di condanna contro la terapeuta, oppure perché ha paura che la terapia possa svelare il suo scarso contatto con la realtà. In altre parole, il successo degli sforzi della terapeuta di riparare un'alleanza scissa non dipende solo da quanto abilmente la terapeuta interagisce con la cliente che è arrabbiata, ma anche dal loro rapporto precedente, dalla configurazione del sistema familiare, dalla personale motivazione della cliente e dalla sua forza di fronteggiare il proprio "demone".

Idealmente il recupero dell'alleanza con Marlina dovrebbe avvenire in presenza di Bill e, possibilmente, di James. Se Marlina decide di continuare le sedute, la terapia deve tuttavia sollevare la questione dell'alcolismo di Marlina. Dal momento che tutte le parti allo stesso modo vedranno il sistema terapeutico come *prima* e *dopo* la difficile seduta, la terapia non può procedere senza una discussione su come l'attenzione si sia spostata e su cosa si dovrebbe focalizzare con il proseguo della terapia. Ancora una volta, le scelte in questione dipendono da molti fattori, tra cui la gravità dei problemi di Marlina, la solidità del matrimonio, il grado di preoccupazione per il comportamento di James. Il problema del bere di Marlina potrebbe essere affrontato ora, più avanti in terapia, o mai. Se non viene affrontato subito, Bill potrebbe seguire la linea del terapeuta di non tornare sull'argomento, o potrebbe rifiutarsi di continuare la terapia se il problema non rientra nel contratto terapeutico.

Gestire un'alleanza scissa in questo caso è particolarmente delicato, non solo per il diniego e la mancanza di fiducia che accompagnano le dipendenze, ma anche perché la rottura dell'alleanza ha implicato l'umiliazione di un genitore in presenza del figlio. L'esempio mostra tre importanti variabili che determinano la gravità di un'alleanza scissa: a) le caratteristiche interpersonali del cliente, (b) i ruoli dei membri della famiglia, (c) il momento della terapia in cui si verifica la rottura.

Non tutte le *alleanze scisse* emergono con l'ostilità dei clienti che abbandonano la stanza e rifiutano di continuare la terapia. Indicatori comportamentali meno espliciti di una connessione emotiva scarsa o neutra (v. Capitolo 5) con uno o più membri

della famiglia, nel contesto di una forte connessione con tutti gli altri, possono segnalare un' *alleanza scissa* (Pinsof, 1994). Sebbene alcuni terapeuti siano talmente abili da portare la scissione all'attenzione di tutti e affrontarla apertamente, si possono anche utilizzare interventi più sottili. Tra questi citiamo l'umorismo, le variazioni del contesto terapeutico e l'uso strategico di interventi indiretti.

L'umorismo è al contempo un potente meccanismo di unione e uno strumento che alleggerisce ogni contesto sociale. Come esposto nell'esempio precedente con la famiglia G. (Keith et al., 2001), l'umorismo può creare legami riducendo le tensioni, sottolineando le assurdità e rendendo consapevoli i clienti dei propri problemi, in maniera più realistica (Carroll & Wyatt, 1990). A livello emotivo l'umorismo restaura i legami e stabilizza le forze in gioco. A livello metacomunicativo, l'umorismo comunica al cliente maldisposto che il terapeuta lo vede come una persona, non come un problema (Reynes & Allen, 1987).

Rait (1988) ha descritto come un atteggiamento scherzoso fosse riuscito ad involgere un adolescente riluttante a partecipare alla terapia. Avendo notato che il tredicenne Joseph si comportava con gli altri membri della famiglia come se fosse il re con i suoi sudditi, il terapeuta chiese alla famiglia del ragazzo di fargli una corona. Allora il terapeuta intavolò una conversazione animata con Joseph sulle "prerogative della famiglia reale": dare ordini agli altri intorno, parlare con autorità, e così via (p. 66). Entrando in un ruolo che gli permetteva di comportarsi come desiderava senza ammettere il bisogno di aiuto, Joseph trovò il modo di apprezzare la terapia. Più avanti nella terapia, il terapeuta incontrò Joseph da solo per parlare "da uomo a uomo" su come sentirsi più forte con i suoi pari.

Naturalmente, se un cliente è arrabbiato o si sente tradito dal terapeuta, è più facile che percepisca il tono scherzoso e le battute umoristiche come sarcastiche o paternalistiche. In alcuni casi l'alleanza può essere riequilibrata semplicemente incontrando da solo il cliente con cui si è incrinata. Nella seduta individuale, il terapeuta può dedicarsi interamente a comunicare empatia e comprensione – chiedendo al cliente come pensa stia andando la terapia, come pensa che gli altri membri della famiglia debbano cambiare, cosa dovrebbe accadere a quel punto, e così via. Questo intervento potrebbe esser ancora più incisivo se il terapeuta o il cliente iniziano a sentirsi più legati emotivamente o a rinnovare il loro legame.

Anche altre variazioni del contesto terapeutico possono essere utili, come invitare un membro periferico della famiglia o un conoscente in seduta, come supporto al cliente che si sente ai margini. Dopo 3 sedute in cui Shanquia, una ragazza di 16 anni, rifiutava tutti i tentativi di partecipare alla relazione, il terapeuta suggerì che per la seduta successiva il padre e la madre acquisita rimanessero a casa e Shanquia venisse con la migliore amica. Shanquia accettò e all'inizio stette a guardare mentre il terapeuta chiacchierava con la sua migliore amica di ciò che loro due facevano per divertirsi. Gradualmente, l'argomento spensierato e la presenza rassicurante dell'amica aiutò Shanquia ad uscire dall'angolo in cui le sue emozioni l'avevano confinata. Nell'acconsentire alla richiesta del terapeuta di portare un'amica, Shanquia aveva tacitamente ridotto le sue resistenze e trovato un modo per uscire dal contrasto, salvando la faccia.

L'uso strategico di interventi indiretti, possibile solo in terapia familiare, consente al terapeuta di raggiungere un obiettivo senza confrontarsi direttamente o mettere in

imbarazzo un membro della famiglia davanti agli altri (Friedlander, Wildman, et al., 1994). Verso la fine della seduta, quando Shanquia aveva ormai rotto il ghiaccio, concedendo qualche risata, il terapeuta si rivolse all'amica dicendo: "Sai, sono preoccupato per Shanquia, proprio come il papà, ma non credo che lei si fidi molto degli adulti. Ovviamente, con tutto quello che ha passato in questi anni, è anche comprensibile." Questo commento, che non era né una domanda né una richiesta diretta, lasciava aperta la porta per qualunque tipo di sviluppo. Dato che l'affermazione non era indirizzata a Shanquia, questa ebbe il necessario spazio emotivo per sentire l'empatia del messaggio del terapeuta, senza dover necessariamente rispondere a caldo.

Esitante, l'amica disse: "Non so che dire a riguardo". Un attimo dopo il terapeuta, mostrando pazienza e comprensione, commentò: "Non lo so nemmeno io. Volevo solo dirlo, in modo da far sapere a Shanquia che voglio aiutarla". A quel punto ringraziò l'amica di essere venuta e concluse la seduta senza forzare Shanquia a rispondere in un modo o in un altro.

Questo intervento era rischioso, ma il terapeuta era sufficientemente sicuro che la migliore amica di Shanquia fosse al corrente dei suoi problemi a casa. Dal momento che a questo punto la tensione si era allentata, questo breve scambio colpì Shanquia più profondamente di quanto potesse ammettere lì per lì. Durante la settimana seguente, Shanquia chiese a suo padre se poteva vedere il terapeuta da sola. Ci furono 3 sedute individuali e allora, sentendosi compresa e supportata dal terapeuta, Shanquia volle provare a risolvere certe cose con i genitori.

L'intervento strategico indiretto può essere anche usato quando il solo modo di agire efficace comporta l'inimicizia di uno o più membri della famiglia. Barbara Shawcross, una ragazza di 19 anni, viveva con il figlio di 10 mesi in un monolocale dopo che il suo ragazzo li aveva abbandonati. Una volta, Barbara, molto stressata e provando a mandare avanti le cose da sola, lasciò il bambino a casa solo per un'ora. Un vicino chiamò la polizia. Sebbene Barbara fosse stata mandata in terapia dal Servizio Sociale per i Minorenni, in due mesi arrivò a fidarsi del terapeuta e a trovare giovamento dalle sedute individuali con lui.

A quel punto, a causa di un forte conflitto con la madre che voleva che Barbara tornasse a casa con lei, il terapeuta suggerì di invitare la madre di Barbara in terapia. Dopo soli dieci minuti dall'inizio della prima seduta di terapia familiare, la madre già stava descrivendo con rabbia la negligenza di Barbara verso il figlio, con dettagli tali che il terapeuta si accorse che il bambino non era al sicuro con Barbara. Vedendo la preoccupazione del terapeuta, Barbara aggrottò le sopracciglia e incrociò le braccia al petto in atteggiamento di difesa. Sapendo di dover salvaguardare l'incolumità del piccolo, il terapeuta volle rendere più forte la sua intesa con Barbara prima di segnalare la situazione alle autorità. Correndo un rischio, chiese a Barbara se accettava di lasciare il bambino alla madre quella sera e di tornare con lei in mattinata per un'altra seduta. In un primo momento Barbara si mostrò oppositiva, ma il terapeuta disse che doveva farlo o sarebbe stato obbligato a chiamare immediatamente il Servizio Sociale per i Minorenni.

Il terapeuta aveva bisogno di tempo per riacquistare la fiducia di Barbara dopo questo episodio e un precipitoso allontanamento del bambino l'avrebbe senza dubbio portata ad abbandonare la terapia. Sebbene il terapeuta avrebbe potuto vedere Barbara da sola il giorno successivo, pensava che il solo modo che Barbara aveva di mantenere

la custodia della bambina fosse il ritorno alla casa materna. Per ottenere questo era necessario un forte intervento familiare.

La mattina successiva, sapendo che la sua alleanza con Barbara era in pericolo, il terapeuta interruppe subito la madre che iniziava a colpevolizzare Barbara: “Signora Shawcross, capisco quanto sia sconvolta da tutto ciò e apprezzo la sua buona volontà di venire a parlarne con me. Ma ancor più apprezzo la buona volontà di Barbara di lasciarmi ascoltare tutto questo, perché Barbara sapeva di cosa lei avrebbe parlato prima ancora della sua venuta ieri”. A quel punto la madre si calmò e iniziò ad ascoltare, mentre Barbara lasciava le lacrime scendere sulle guance. Continuando, il terapeuta fece i suoi commenti rivolto solamente alla madre di Barbara:

Sono preoccupato come lei per il bambino, e so che lo è anche Barbara. Oggi possiamo tentare di raddrizzare le cose. Come lei sa, Barbara è venuta da me per farsi aiutare a gestire – seppur con difficoltà - tutte le sue responsabilità, ma ora lei mi sta dicendo che tutto questo non funziona. Barbara vuole che Sandy sia al sicuro, proprio come lei - lo ama da morire - ma è stanca, distrutta e spaventata. Noi tre dobbiamo capire come aiutare ciascuno e possiamo farlo solo se aiutiamo Barbara per prima. Ha davanti a sé scelte difficili.

Barbara iniziò a piangere in silenzio durante questo scambio di battute. Poi, quando il terapeuta chiese alla signora Shawcross di guardare la figlia, anche quella iniziò a piangere: “Sei la *mia* bambina, tesoro! Lasciami aiutarti, per favore!”. Stringendosi alla madre, Barbara prese a singhiozzare. Poco dopo, i tre fecero un accordo che prevedeva che fosse proprio Barbara a chiamare le autorità per riferire l'accaduto ed esprimere la sua forte motivazione ad affrontare il dovuto per non perdere la custodia di suo figlio.

Non tutte le alleanze rotte possono essere riparate. In questo caso, la motivazione di Barbara ad aiutare se stessa e suo figlio e il forte legame precedente con il terapeuta, le diede il coraggio di seguire le sue direttive e di rimanere in terapia. Quando scoppiò lo scontro iniziale con la madre e Barbara dovette sostenere troppa ansia, umiliazione e senso di sconfitta, diresse la sua rabbia verso il terapeuta che vedeva allineato con la madre ai suoi danni. Dal momento che il mandato del terapeuta ad informare le autorità avrebbe allontanato ulteriormente Barbara, scelse di riavvicinarsi a lei attraverso la madre. Alla fine la famiglia si ricongiunse e Barbara continuò la terapia, finì le scuole superiori e si sentì capace di provvedere al figlio da sola.

Conclusioni

Sebbene vi siano poche pubblicazioni sulle *alleanze scisse*, tutte le evidenze portano alla stessa conclusione: le scissioni delle *alleanze* sono frequenti, spesso non si possono evitare, e mettono alla prova l'abilità del terapeuta di legarsi emotivamente, assumere il ruolo, pensare in modo sistemico e fare luce entro acque emotive torbide. Se non viene riparata abilmente, tenendo conto delle priorità latenti dei membri della famiglia, dei loro segreti e delle vulnerabilità personali, un'*alleanza scissa* può portare a una brusca

interruzione della terapia. Quando questo succede alcune famiglie cercano aiuto altrove, altre vanno avanti alla meno peggio. Il rischio, comunque, è che ciò che inizia come un' *alleanza scissa* in terapia può diventare una frattura all'interno della famiglia.

LA DIVERSITÀ ALL'INTERNO DELL'ALLEANZA

Negli ultimi anni, la razza, l'etnia, l'orientamento sessuale e altre fonti di “differenze” fra il terapeuta e il cliente stanno ricevendo una maggiore attenzione da parte dei terapeuti della coppia e della famiglia. Dal momento che l'alleanza all'interno della famiglia è importante tanto quanto quella del terapeuta con la famiglia, questo ci spinge anche a considerare come la diversità fra i membri della famiglia possa influenzare l'alleanza terapeutica. In questo capitolo discuteremo alcuni argomenti specifici e suggeriremo strategie per pensare le differenze e per ricavare il modo di lavorare utilizzando piuttosto che aggirandole.

Differenze culturali, definizione generale

Quando si lavora con famiglie con una forte identità di razza, etnica o religiosa, creare una buona alleanza terapeutica dipende dall'aver una qualche conoscenza della cultura del cliente e dal porsi la domanda: “E allora?”. “Allora, che cosa comporta questa caratteristica culturale dei membri della famiglia rispetto al coinvolgimento nel processo terapeutico, nella creazione di un legame emotivo con me, nei sentimenti di fiducia in questo contesto e nella condivisione dello scopo della terapia?”. Rispondere a questa domanda può aiutare il terapeuta a scegliere gli interventi migliori per creare una buona alleanza terapeutica.

Razza ed etnia

Eve, una giovane terapeuta familiare, ascoltava attentamente i suoi nuovi clienti raccontare i propri problemi sullo sfondo di una forte identità italo-americana, dell'identità di classe operaia e di una colorita interazione familiare. Eve, non poteva fare a meno di riflettere sulle differenze fra la loro storia e la sua storia, figlia unica di genitori ebrei dell'Europa dell'Est, sopravvissuti all'Olocausto. In famiglie come la sua,

i padri (in questo caso un medico) parlavano con i figli solo per affrontare questioni educative, mai di cose personali o frivole, l'orgoglio etnico era ritenuto pericoloso, mentre l'assimilazione sentita come una sicurezza.

Eve aveva i capelli folti e nero corvino e la pelle olivastra. Senza che se ne rendesse conto, i suoi clienti davano per scontato che fosse italiana come loro. La terapia proseguiva bene. Verso la fine, un membro della famiglia disse: "Il suo essere italiana ci ha aiutato, mettendoci a nostro agio". La famiglia fu tanto sorpresa del fatto che Eve non era italiana, quanto lei di venire a sapere della loro convinzione, e di quanto importasse loro.

In questo caso, la famiglia e la terapeuta avevano un legame stretto nonostante le loro (reali) differenze di background e di esperienze della famiglia di origine. Come discusso nel capitolo 5, i bravi terapeuti sono capaci di creare una connessione emotiva con i clienti, al di là di qualsiasi differenza fra loro. Con il tempo, rivelando delicate informazioni personali, correndo rischi e facendo progressi nelle loro difficoltà, i membri della famiglia possono sentirsi più vicini al terapeuta, proprio mentre i loro rapporti migliorano. Come in ogni relazione sociale, condividere un'esperienza per un certo tempo, specialmente se carica di emozioni, crea un legame. In ogni caso, i clienti ci riescono solo se li si coinvolge adeguatamente fin dall'inizio.

Nella maggior parte dei casi, le differenze di razza e di etnia fra clienti e terapeuta rendono più difficile evolvere oltre la fase iniziale della conoscenza (Coleman, Wampold, & Casali, 1995; Knobloch-Fedders et al., 2004). C'è molta letteratura sul coinvolgimento delle famiglie portatrici di diversità. Uno studio clinico apprezzato e durato a lungo (Szapocznik & Kurtines, 1989; Szapocznik & Williams, 2000) verteva sul coinvolgimento in terapia da parte di minori delinquenti ispanici (e, più recentemente, afroamericani) e delle loro famiglie. Sostenendo che la resistenza al trattamento (e al cambiamento terapeutico) andava compresa in termini di interazione, Szapocznik e colleghi idearono un intervento specifico per coinvolgerli, in cui il membro della famiglia (solitamente un genitore) che aveva proposto la terapia contribuiva "a ristrutturare le interazioni familiari maladattative responsabili delle resistenze" (Szapocznik & Williams, 2000, p. 124). La ricerca ha dimostrato il successo di questo approccio nelle popolazioni a difficile coinvolgimento, in larga parte perché gli interventi basati sulla famiglia riflettevano i valori della comunità.

I terapeuti che conoscono le norme e le aspettative culturali sono più preparati a stabilire un legame con famiglie portatrici di diversità. I gruppi culturali differiscono nella natura privilegiata delle loro relazioni interpersonali (per esempio, gerarchiche vs collaborative o democratiche, collettivistiche vs individualistiche). Nei gruppi latinoamericani e ispanici e in altri gruppi etnici, c'è una tendenza a preferire relazioni gerarchiche, in cui il disaccordo aperto fra genitori e figli è considerato come una mancanza di rispetto (Santiago-Rivera, Arredando, & Gallardo-Cooper, 2002). Come suggeriscono Muir, Schwartz e Szapocznik (2004) se un terapeuta inizia la prima seduta democraticamente ("Facciamo un giro in modo che ciascuno dica la sua su quello che pensa sia il problema"), rischia di perdere credibilità. Le relazioni in famiglia possono peggiorare se i figli si lamentano, criticando i genitori e ne segue una discussione aperta. Piuttosto il terapeuta dovrebbe riconoscere la gerarchia e chiedere al padre: "A casa sua i figli hanno il permesso di essere in disaccordo con lei o di sfidarla?". Que-

sta domanda è rispettosa dell'autorità del padre nel decidere se concedere al figlio di esprimere la propria opinione (Muir et al., 2004). Inoltre la domanda non minaccia il coinvolgimento del padre nel processo terapeutico o la relazione con il terapeuta; potrebbe anzi aumentare la sicurezza dei figli, rassicurati dal fatto che il terapeuta non sta chiedendo di fare cose rischiose per loro o per i genitori.

Alcuni valori sono comuni a molte culture, altri specifici di alcune. Szapocznik e Williams (2000) hanno rilevato che valori familiari come il rispetto e la leadership sono condivisi sia dai clienti ispanici che afroamericani, ma ci sono importanti differenze nella struttura della famiglia e nelle persone influenti. Lavorando con famiglie afroamericane, in certi casi è saggio lavorare con la famiglia allargata e altre figure (ministri di culto, anziani del vicinato), che fanno parte della "famiglia" ed esercitano influenza sia all'interno, che al di fuori della casa (Muir et al., 2004). Nelle famiglie coreane, il rispetto per gli anziani e per lo status familiare determina le caratteristiche principali dell'interazione sociale, come il modo di rivolgersi agli altri e salutarli. Non basta essere appropriati con una sola persona. Poiché tutti in famiglia osservano le varie interazioni con il terapeuta, quest'ultimo può guadagnare (o perdere) credibilità anche indirettamente. Una volta, un terapeuta esperto e con sensibilità culturale ebbe premura di usare un titolo di alta onorificenza e di inchinarsi nel salutare un nonno coreano, intervenuto ad una seduta della famiglia nucleare. Stringendo la mano del nonno con entrambe le sue - un gesto semplice che dichiara rispetto - e citando il detto coreano "Persino la tigre appare, se se ne parla", il terapeuta conquistò la credibilità con tutti i membri della famiglia, che avevano osservato il suo atteggiamento verso l'anziano (Kim, Bean, & Harper, 2004, p. 363).

Oltre a condizionare la comprensione (e potenzialmente la non comprensione) tra terapeuti e clienti, la cultura influenza anche i processi in corso della terapia, attraverso stili personali privilegiati di terapeuta e cliente. Gli *stili efficaci* (Lipman-Blumen, Handley-Isaksen, & Leavitt, 1983, p.158) - modi caratteristici con i quali le persone interagiscono fra loro per raggiungere uno scopo - sono condizionati dalla cultura e sono altamente rilevanti per la collaborazione terapeutica, specialmente nella prima fase della terapia quando vengono negoziati gli obiettivi e si creano i legami emotivi. In un interessante studio cross-culturale di *stili efficaci* su più di 1000 clinici (Lu, Lum, & Chen, 2001), furono trovate differenze fra i gruppi di minoranza e i gruppi dominanti di clinici, come pure all'interno delle diverse minoranze. I clinici bianchi non latino-americani avevano i punteggi più alti sullo "stile di potere diretto", gli americani di origine asiatica ottenevano i punteggi più alti sullo "stile relazionale vicariante" (soddisfazione per la realizzazione degli obiettivi altrui); gli afroamericani avevano i punteggi più alti nello "stile competitivo diretto" e i nativi americani erano contraddistinti da alti punteggi di stili "relazionale collaborativo" e "relazionale contributivo" (p. 151). Questi risultati hanno molte implicazioni cliniche, di cui ne riportiamo due: che fare domande personali e interventi intrusivi sarebbe inappropriato nei confronti di clienti nativi americani e che un'elevata *emotività espressa* fra i membri di una famiglia afro-americana potrebbe essere scambiata per ostilità e minaccia da parte di un terapeuta bianco.

L'importanza di prestare attenzione alle norme culturali fu una lezione imparata a caro prezzo da un terapeuta bianco alle prime armi che stava lavorando con una fa-

miglia portoricana composta da Maria Arroyo, 25 anni, sua figlia Linda di 9 anni, e la nonna Marcela, che viveva sola nell'appartamento sopra Maria e Linda. La famiglia fu inviata in terapia dalle insegnanti della scuola, preoccupate dai ripetuti ritardi e assenze ingiustificate della bambina. Nella prima seduta venne fuori che era la nonna a fissare la sveglia per Linda, per andare a scuola. Maria, assai risentita per questa "interferenza", era arrabbiata con Marcela, per questa e altre ragioni non esplicitate.

Il terapeuta, valutando il problema come invischiamento e scarsa genitorialità, decise subito di concentrarsi sulla relazione madre-figlia, per rafforzare la genitorialità e l'autonomia di Maria e delimitare confini più chiari fra la madre e la nonna. Questo approccio fallì miseramente e la famiglia interruppe la terapia. Solo più tardi il terapeuta apprese che (come in molte famiglie latinoamericane) Maria era grandemente dipendente dalla madre e entrambe le donne tenevano alla loro stretta relazione. Maria, oltretutto, faceva un uso pesante di cocaina. Dal momento che rimaneva alzata fino a tardi e dormiva fino al pomeriggio, l'"interferenza" di Marcela era l'unica risorsa per mandare Linda a scuola.

Conoscere le influenze culturali è una cosa, ma lavorarci in terapia è un'altra. Come si comunica rispetto ed empatia in modo convincente ed efficace nonostante la diversità di razza, etnia, religione e altro? Un modo per rafforzare l'alleanza è di ammettere la mancanza di conoscenza e chiedere aiuto alla famiglia, ma è comunque necessario avere una conoscenza sufficiente per sapere come chieder aiuto in un modo appropriato dal punto di vista culturale. Come illustrato nell'esempio del capitolo 6 di una famiglia di zingari in Spagna, un anziano molto stimato nella comunità fu invitato alla seduta per spiegare al terapeuta le tradizioni matrimoniali degli zingari, motivo di disaccordo fra genitori e figlia. Sebbene interventi come questi possano funzionare bene, devono essere utilizzati prudentemente. Idealmente invitare in terapia un esperto della comunità dovrebbe essere usato solo quando il terapeuta non possa ragionevolmente aspettarsi di arrivare a conoscere le tradizioni culturali della famiglia. Non è logico pensare che i clienti illustrino ai terapeuti la propria cultura, se questa è ben nota nella comunità generale.

Oltre a queste soluzioni più didattiche, il terapeuta dovrebbe essere consapevole che le differenze di razza ed etnia possono influenzare transfert e controtrasfert, al pari dell'alleanza. Quando il cliente (o il terapeuta) si identifica come membro di un gruppo minoritario, il transfert (o controtrasfert) può venirne influenzato, se una parte tratta l'altra come un simbolo di quel gruppo. È stato sostenuto in maniera convincente (Gelso & Mohr, 2001) che l'alleanza e il transfert sono fenomeni reciproci. Sollecitazioni al transfert inevitabilmente sollecitano l'alleanza, e viceversa.

Acculturazione: una considerazione speciale

Le differenze culturali possono presentare un dilemma unico per il terapeuta familiare. Per le famiglie immigrate di prima generazione, l'alleanza scissa attraverso le linee generazionali può essere fonte di problema nel momento in cui il terapeuta appartiene alla cultura della maggioranza e i figli sono più acculturati dei genitori e dei nonni. È più facile per il terapeuta creare un legame più velocemente e più forte con i membri

della famiglia con i quali può condividere battute, riferimenti alla cultura generale e considerazioni su valori e aspettative familiari di ruolo, piuttosto che con i membri con i quali questo non può esser fatto.

Quando i membri più anziani della famiglia hanno difficoltà con la lingua del terapeuta (o non la parlano affatto), c'è una sfida immediata all'alleanza terapeutica (Muir et al., 2004). Avere i figli come interpreti – siano essi traduttori in senso letterale o figurato – deve essere evitato (Santiago-Rivera et al., 2002), perché toglie autorità e potere ai genitori e parentifica i figli. Nella peggiore delle ipotesi, i terapeuti dovrebbero essere almeno attenti ai comportamenti che volenti o nolenti potrebbero portare a un'alleanza scissa, e cercare altri modi per entrare in empatia con i membri della famiglia meno acculturati, come il partire dalle gratificazioni e dalle preoccupazioni di essere un genitore. Poiché ci vuole una buona competenza linguistica per dirigere il carico emotivo delle conversazioni con più persone, tipiche della terapia familiare, i terapeuti ideali sono madrelingua o hanno una buona competenza della prima lingua del cliente. Altrimenti, ben presto in terapia deve essere fatto un invio. In molte comunità, tuttavia, ci sono pochi terapeuti bilingui.

Una sfida simile la troviamo nel lavoro terapeutico con clienti sordi (C. Crane, comunicazione personale, 6 Maggio, 2005) a causa dei particolari linguaggio e cultura nella comunità dei sordi. Infatti, le sfide con i pazienti sordi sono probabilmente anche più dure, perché pochi terapeuti conoscono bene il Linguaggio dei Segni. Sebbene gli interpreti siano d'aiuto, molte comunità mancano di interpreti qualificati. Inoltre, avvalersi di un interprete potrebbe aumentare il costo della terapia, rendendolo insostenibile per molte persone. In più, l'introduzione di una terza persona in colloqui terapeutici più intimi crea altre difficoltà, come una diminuzione della privacy, della credibilità del terapeuta, e del rapporto con lui, tutti elementi cruciali dell'alleanza.

Altre differenze intrafamiliari nell'acculturazione, come una divergenza su obiettivi personali e sull'assunzione di responsabilità familiari, può influenzare negativamente la condivisione dello scopo. I terapeuti dovrebbero porsi queste domande: Che cosa i membri della famiglia realmente vogliono dalla terapia, come gruppo e come individui? Cosa ogni membro della famiglia esprime come un risultato fiduciosamente atteso, e cos'altro ogni membro segretamente desidera che accada in terapia? Nelle famiglie con adolescenti o giovani adulti di prima e seconda generazione, ci possono essere aspettative molto differenti circa l'autonomia e il legame con la famiglia. Consideriamo questo aneddoto. Uno psicologo che teneva un corso di psicologia anormale in un college di una città multietnica, si trovò a ricevere due invii in terapia nell'arco della stessa settimana. Entrambe le richieste provenivano dai genitori per i figli, studenti nel corso.

Il figlio di una famiglia greca molto unita, immigrata di prima generazione chiedeva:

I miei genitori le chiedono il nominativo di uno psichiatra o di una scuola speciale per mia sorella. Ha 20 anni e vuole lasciare casa, per andare a vivere da sola. Non è sposata, e questo è un colpo molto duro per i miei genitori, che pensano abbia qualcosa che non va, e vogliono curarla.

La seconda richiesta da parte di una famiglia irlandese molto integrata, era per una terapia o per inserire in un convitto universitario il fratello di 19 anni di uno studente, che si rifiutava di uscire dalla famiglia e trovarsi un lavoro. I genitori erano preoccupati del “ritardato sviluppo sociale” e della mancanza di ambizione.

Una precauzione speciale sulle classi sociali

Un terapeuta della classe media ha spesso poca consapevolezza dei propri privilegi, e ancor meno di come l'appartenenza a una classe sociale influenzi gli obiettivi e i compiti che il terapeuta stabilisce per il cliente. Nella prima parte della terapia con la famiglia McCarthy allargata, il colloquio verteva sul bisogno (identificato dalla terapeuta) di mangiare tutti insieme la sera: di solito i cinque bambini McCarthy – di età compresa fra i 10 e i 17 anni – preferivano trovare qualcosa da mangiare nel frigorifero, per poi correre fuori insieme ai loro amichetti. Non capendo perché i McCarthy mostrassero scarsa disponibilità ad accettare i molti suggerimenti sullo spazio conviviale, la terapeuta continuava ad insistere, sempre più impaziente. Alla fine Bruce McCarthy sbottò: “È che proprio non abbiamo abbastanza sedie per farlo!” La terapeuta, fredda, rimase in silenzio.

Poiché una gran parte della letteratura sul lavoro con le famiglie di colore riguarda principalmente famiglie a basso reddito, e poiché per alcuni gruppi (afroamericani, nativi americani, oriundi messicani) lo status di gruppo minoritario è spesso confuso con la povertà, l'identificazione etno-razziale e lo status socio economico spesso sono trattati come se fossero sinonimi. Negli Stati Uniti, la povertà ha una serie indipendente di implicazioni per il coinvolgimento in terapia, la più immediata è l'impedimento iniziale: la mancanza di copertura assicurativa sanitaria. L'impedimento è particolarmente arduo per i cosiddetti “lavoratori poveri”, che spesso non hanno assicurazione privata, né possono pagare di tasca propria, né rientrano nel piano nazionale di assistenza sanitaria, per la salute mentale. Infatti, i servizi di salute mentale tendono ad essere maggiormente utilizzati o da giovani di bassissimo status socio-economico o da giovani con status socio economico molto alto (Cohen & Hesselbart, 1993; Koot & Verhulst, 1992). Fra i giovani afroamericani, questo andamento curvilineo è particolarmente accentuato.

Mentre sono i familiari e gli amici (cioè, le persone di fiducia) a inviare in terapia i benestanti, è molto più probabile che i più poveri vengano inviati in terapia su segnalazione dei servizi sociali (Cauce et al., 2002). In effetti, le famiglie indigenti, cui viene disposta la terapia obbligatoria su segnalazione delle autorità scolastiche, degli operatori del Servizio Sociale dei Minorenni o della giustizia minorile, tendono ad avere molte interazioni frustranti con queste autorità prima di arrivare in terapia. Allora, come discusso nei capitoli 11 e 14, il terapeuta potrebbe rappresentare l'ennesima minaccia. Negoziare obiettivi importanti per la famiglia e collaborare con altri servizi nel delineare chiari confini sono operazioni fondamentali per incoraggiare il senso di protezione all'interno di un sistema terapeutico globale. Sebbene la consapevolezza delle dinamiche di potere sia importante in tutti gli incontri terapeutici cross-culturali, lo è particolarmente quando si lavora con clienti economicamente svantaggiati. Come

terapeuti, dobbiamo essere consapevoli del potere che abbiamo, usarlo per accrescere quello dei nostri clienti e aiutarli ad esprimersi, riconoscendo e mettendo in discussione ogni nostro comportamento che potrebbe esitare in un abuso di potere (Hardy & Laszloffy, 2002).

Nel prosieguo della terapia, le considerazioni sulla classe sociale continuano a insinuarsi nel processo, con implicazioni nel mantenimento di una valida alleanza terapeutica. In uno dei primi studi di ricerca (Cline, Meja, Coles, Klein, & Cline, 1984), i clienti di basso livello socio economico rispondevano in maniera più favorevole alla direttività di un terapeuta, rispetto ai clienti di status socio economico medio. Inoltre coppie di status socio economico basso accoglievano la direttività con comportamenti positivi in terapia (trovandosi d'accordo, e assumendosi responsabilità), mentre nelle coppie di status socio economico medio avveniva l'opposto. È interessante notare che queste differenze fossero ben più pronunciate nei mariti che nelle mogli.

Poiché le famiglie povere generalmente vengono seguite da vari servizi sociali allo stesso tempo, è probabile che siano influenzate dai diversi punti di vista degli altri, sul valore della terapia per risolvere i problemi. In aggiunta, il carico extra terapeutico di queste famiglie (problemi di salute e sicurezza, mezzi di trasporto, lavoro, un posto per vivere) potrebbe far sì che gli obiettivi di salute mentale, persino quelli più ragionevoli, pratici, e sensati, si trovino spesso a scivolare in secondo piano, per la necessità di gestire una crisi immediata. Quando il terapeuta fornisce aiuto e supporto in questi altri problemi, senza perdere di vista gli aspetti della salute mentale, la fiducia e la cooperazione del cliente si fortificano.

Religione: l'ultimo tabù

La famiglia Marchionne (Betty, Jimmy e tre figli) chiese aiuto dopo che un devastante uragano aveva distrutto la roulotte in cui vivevano. Nel giro di poche ore, la loro esistenza si era trasformata in una frenetica ricerca di cibo, acqua e un tetto per ripararsi. Riuscirono ad entrare in un dormitorio e, un mese dopo, a inserirsi in un centro di salute mentale comunitario. A parte l'estrema angoscia del figlio più piccolo, la famiglia aveva pochi problemi mentali. Piuttosto, Betty e Jimmy sentivano un bisogno pressante di rispondere alla domanda: "Perché proprio noi?". La disponibilità del terapeuta a parlare apertamente della crisi di fede della famiglia, tenendo conto delle loro esigenze, ebbe impatto sull'alleanza terapeutica più di ogni altro intervento.

È ben documentato che, almeno negli Stati Uniti, i clienti siano di gran lunga più religiosi dei propri terapeuti (Hall, 2001). Molti terapeuti non vogliono rivelare le credenze personali su argomenti religiosi o spirituali, nonostante l'evidenza che i clienti tendono a preferire terapeuti della stessa fede religiosa (Hall, 2001).

Le differenze religiose fra terapeuti e clienti possono causare problemi, anche quando non sono oggetto di attenzione, o discussione. Hal e Luise Emerson, una coppia cattolica senza figli, erano in terapia da due mesi quando Hal iniziò una seduta dicendo a Luise che voleva il divorzio. Furiosa con suo marito, ma avendo paura di dar voce alla sua collera, Luise si girò verso la terapeuta, intimandole di fare "qualcosa". Poiché la terapeuta non prese a contestare la decisione di Hal, Luise la accusò di "stare lì senza

far nulla”, e aggiunse: “So che lei è ebrea ed è ovvio che non le importa della sacralità del matrimonio, come importa a noi”.

Negli ultimi anni, molti terapeuti hanno iniziato a discutere in terapia di argomenti spirituali. C'è infatti una fiorente letteratura sulla spiritualità in psicoterapia (Hathaway, Scott, & Garver, 2004; Rose, Westefeld, & Ansely, 2001). Secondo alcuni autori (vedi Hall, 2001), religione e spiritualità sarebbero particolarmente importanti per molte famiglie di colore, e ignorare questi problemi potrebbe compromettere l'efficacia della terapia.

Poiché il coinvolgimento religioso può condizionare notevolmente il funzionamento quotidiano di alcuni clienti, i terapeuti accorti ne tengono in considerazione nel proprio lavoro. I terapeuti dovrebbero rendersi conto, inoltre, che le pratiche religiose delle famiglie bianche della classe media sono molto diverse da quelle delle culture minoritarie. La religione tende a essere una parte integrante della vita familiare e comunitaria degli afroamericani, specialmente nei quartieri popolari dove è proprio la chiesa ad offrire supporto economico, educativo e sociale (Hall, 2001). I valori religiosi e culturali della collettività, dell'interdipendenza e della lealtà alla famiglia (compresi gli antenati venerati), decisamente estranei alla maggior parte degli americani bianchi, guidano i rituali e le decisioni quotidiani nelle famiglie tradizionali di origine asiatica. Le procedure di guarigione dei nativi americani e di altri (cf. Fadiman, 1997) sono una parte importante del sistema di credenze di alcune famiglie, e possono, anzi dovrebbero, essere rispettati come un complemento alla psicoterapia tradizionale. In ogni caso, comprendere come il sistema di credenze religiose influenzi la costruzione da parte del cliente dei propri problemi (“Perché succede questo?”) e delle possibili soluzioni (“Cosa potrebbe essere di aiuto?”), può aumentare la credibilità del terapeuta e promuovere i legami emotivi.

Genere e orientamento sessuale

Il genere s'intreccia alla cultura in una miriade di modi, che potrebbe essere rilevante per l'alleanza terapeutica. I concetti come machismo e gli stereotipi come la “madre ebrea” o il “padre greco”, per esempio, potrebbero essere salienti nel punto di vista di una certa famiglia. La conoscenza di questi stereotipi, una curiosità rispettosa e una discussione sensibile su questi argomenti possono aumentare la credibilità del terapeuta e far raggiungere ulteriori obiettivi terapeutici.

È noto che il genere è un fattore particolarmente significativo nella ricerca di aiuto, dato che le donne chiedono una terapia ambulatoriale di gran lunga più frequentemente rispetto agli uomini. Infatti il primo contatto per una terapia di coppia è più probabile che venga fatto dalla moglie. Nel caso di una terapia familiare, di solito è la madre che si accorge per prima di un problema mentale, per poi cercare e scegliere i servizi (Cauce et al., 2002), portando (o in qualche caso costringendo) la famiglia in terapia. Allora, anche prima dell'arrivo della coppia o della famiglia alla porta del terapeuta, ci sarebbero delle dinamiche legate al genere per le quali la moglie o la madre hanno un atteggiamento più favorevole rispetto alla terapia e sono maggiormente predisposte a

collaborare, a stabilire un legame con il terapeuta e a sperimentare il contesto come protettivo.

A differenza di caratteristiche invisibili del terapeuta, come la religione, lo stato civile, lo status socio economico, il genere è una caratteristica subito rilevabile dal cliente. Lavorando con una coppia eterosessuale, il terapeuta è inevitabilmente dello stesso sesso di uno solo dei partner. Consideriamo la pericolosità di una situazione in cui tra un terapeuta maschio e una moglie insoddisfatta si accenda un "interruttore". Nel peggiore dei casi, si potrebbe verificare un'alleanza scissa (v. Cap. 9). Comunque, partecipanti dello stesso sesso – moglie e terapeuta donna - potrebbero condividere valori e punti di vista di genere, la qual cosa susciterebbe una maggior comprensione fra loro, rispetto al partner del sesso opposto.

Anche quando non ci sono cause palesi perché si verifichi la scissione di un'alleanza, i problemi possono provenire da interazioni correlate al genere che il terapeuta beatamente ignora. Gli stereotipi sul ruolo di genere, la socializzazione all'interno della famiglia di origine, e libri famosi come "Gli uomini vengono da Marte e le donne vengono da Venere" di Gray (1992), condizionano le aspettative su come le persone si comportano nelle relazioni sociali, terapia inclusa. Una vignetta intitolata "Esasperato? Prova a pensare al tuo compagno come se facessi un'esperienza cross-culturale!" mostra un cane e un gatto a letto, ognuno dei quali sta leggendo il libro di Gray. Il gatto dice: "Non sto sulle mie: sono solo *maledettamente gatto*, ok?".

In effetti, diversi autori (Luepnitz, 1988; Shields & McDaniel, 1992) hanno rilevato che i terapeuti familiari rinforzano involontariamente stereotipi controproducenti sul ruolo di genere. Werner-Wilson, Price, Zimmerman e Murphy (1997) hanno riscontrato che i terapeuti del loro studio tendevano a interrompere le donne più frequentemente degli uomini. Postner, Guttman, Sigal, Epstein e Rakoff (1971) riportarono che rivolgersi ai padri piuttosto che alle madri aveva un impatto più potente sull'esito del trattamento. In un altro studio (M.D. Brown-Standridge & Piercy, 1988), i terapeuti rispondevano in maniera differente ai mariti e alle mogli che sembravano sulla difensiva. Tuttavia, quando gli si chiedeva dei loro interventi, l'80% dei terapeuti dello studio diceva di non essere consapevole di comportarsi in modo diverso tra clienti maschi e clienti femmine.

Nel creare alleanze, i terapeuti dovrebbero prestare grande attenzione al modo in cui le aspettative sul ruolo di genere e i comportamenti stereotipati di genere influenzano l'interazione dei membri della famiglia. Sono le donne in famiglia a essere le sole a parlare di sentimenti? La coppia è rassegnata o non accetta un'interpretazione Marte/Venere delle loro problematiche relazionali? La divisione dei compiti domestici è un problema sul quale uno dei due partner vuole "testare" le posizioni del terapeuta e, per estensione, la propria disponibilità a fidarsi di lui? Le aspettative e le dinamiche di genere si trasmettono anche ai giovani membri della famiglia. Le evidenze suggeriscono che le adolescenti hanno più probabilità dei coetanei maschi di avere un atteggiamento positivo nel cercare aiuto, sono più disponibili e capaci di utilizzare il *coping* emotivo e il supporto sociale (Cauce et al., 2002). In una famiglia con due genitori, i bambini e gli adolescenti potrebbero prendere spunti dai genitori o dai fratelli dello stesso sesso, con cui sono alleati, e un bravo terapeuta è in grado di riconoscere queste influenze di genere nello stabilire un rapporto e nella scelta dell'intervento.

La consapevolezza e l'accurata attenzione da parte del terapeuta alle dinamiche di genere possono creare un'alleanza più intensa. Alcune ricerche iniziali suggerivano che nella terapia di una coppia eterosessuale, l'alleanza con la donna da parte del terapeuta fosse meno importante di quella con l'uomo, almeno ai suoi occhi (Pinsof & Catherall, 1986). In uno studio di 47 coppie in terapia di coppia breve, c'era una correlazione significativa fra alleanza ed esito, solo quando l'alleanza del partner maschio presentava punteggi più alti rispetto a quella con la partner femmina (Symonds & Horvath, 2004). Questi risultati sono stimolanti, ma richiedono ulteriori indagini. Comunque, è stato dimostrato che le alleanze scisse in terapia familiare influiscono più negativamente sull'esito quando l'alleanza padre-figlio è sbilanciata rispetto a quella madre-figlio (Robbins et al., 2003). Infatti è stato ripetutamente rilevato che i punteggi dell'alleanza autocompilati dal marito o dal padre sono maggiormente predittivi dell'esito, rispetto a quelli della corrispondente partner femmina (Bennun, 1989; Bourgeois et al., 1990; Cline et al., 1984; L.N. Johnson et al., 2002; Knobloch-Fedders et al., 2004; Quinn et al., 1997).

Per una coppia gay o lesbica, è più probabile che la preferenza e l'orientamento sessuale del terapeuta siano più importanti del suo genere. In molte comunità, i terapeuti (indipendentemente dall'orientamento) che lavorano con gay, lesbiche, bisessuali e transessuali (GLBT) tendono ad essere molto conosciuti, cosicché i potenziali clienti conoscono già l'orientamento sessuale del terapeuta prima ancora di chiedere un primo appuntamento (L.S. Brown, 1996). I clienti che sono seguiti nei servizi o negli ambulatori pubblici di solito non hanno la possibilità di scegliere il terapeuta, e in questi casi l'orientamento sessuale può non essere noto.

Molti clienti gay e lesbiche prendono in considerazione solo terapeuti dello stesso orientamento sessuale, avendo paura che un terapeuta eterosessuale possa trovarsi d'accordo con alcune nozioni datate e inaccurate sull'omosessualità come disturbo mentale (Rittle & Teardrop, 2002), un punto di vista che ancor oggi è molto diffuso (L.S. Brown, 1996). Alcuni clienti vogliono solo la consolazione che il terapeuta abbia una conoscenza diretta del loro modo di vivere e delle loro problematiche. Altri, ad ogni modo, si accontentano di un terapeuta eterosessuale ben informato, non giudicante ed empatico.

A seconda del problema presentato, l'orientamento sessuale del terapeuta o l'esperienza in quest'ambito potrebbe essere meno fonte di problemi per una coppia, piuttosto che altri fattori culturali. Alec, bianco, e Clayton, afroamericano, erano molto più preoccupati della sensibilità del terapeuta verso i problemi delle coppie miste piuttosto che dell'esperienza con clienti omosessuali. Jessie e Belinda, una coppia di mezza età, preferivano una terapeuta femmina con una forte attenzione ai sistemi familiari, indipendentemente dalle sue conoscenze delle problematiche delle lesbiche. Essendo ai margini della società, e avendo una relazione stabile e duratura, volevano aiuto per affrontare l'invecchiamento della madre di Belinda, che necessitava giornalmente delle cure di lei, ma era contraria e rifiutante verso Jessie.

Si può dire che l'aspetto più saliente di un'alleanza in terapia con una coppia gay o lesbica sono i legami emotivi e la sicurezza. Molti autori (per esempio Morrow, 2000) sostengono che per creare una relazione intensa, il terapeuta dovrebbe esplicitare il suo orientamento sessuale. Alcuni clienti non chiedono direttamente al terapeuta il suo

orientamento sessuale, ma i GLBT sono particolarmente bravi a cogliere l'orientamento sessuale degli altri, non solo grazie ai suggerimenti che vengono dal non verbale, ma anche dalle allusioni verbali, che rivelano il livello di confidenza di una persona con le problematiche connesse alla cultura GLBT. Condividere una battuta o un momento divertente di alcuni aspetti dello stile di vita può essere molto importante, per raggiungere un più profondo legame emotivo con questi clienti. Tutto questo significa mandare un messaggio semplice e diretto: "Ti stimo".

Sentirsi sicuri è importante, naturalmente, in tutte le coppie dove i problemi di intimità sono parte della terapia. Gay o etero, molti clienti che parlano con disinvoltura di qualsiasi altro problema, possono diventare altamente evitanti e sulla difensiva quando viene affrontato l'argomento sessuale. In una situazione terapeutica gay-etero, questo argomento è necessariamente il più delicato. Per mettere la coppia a proprio agio, la migliore strategia per un terapeuta etero è la franchezza, come nel caso seguente con Leslie e Shari:

- Leslie: Beh, c'è un altro problema, ma [guardando Shari] non so quanto sei a tuo agio nell'affrontare questo argomento.
- Shari: [con gli occhi bassi] va' avanti.
- Leslie: [rivolta al terapeuta] la nostra attività sessuale va a rotoli.
- Terapeuta: Leslie, è duro per la maggior parte delle coppie parlare dei problemi sessuali con un terzo. Posso capire l'esitazione di Shari e il fatto di essere entrambe donne forse rende ancora più imbarazzante affrontare questo argomento con me. Voglio che sappiate che non ho difficoltà a parlare di sesso con voi due, a qualsiasi livello vogliate farlo.

Tanto quanto è una sfida per il terapeuta etero lavorare con clienti GLBT, avere lo stesso orientamento sessuale di una coppia gay o lesbica comporta una difficoltà specifica. Prendiamo il caso di Jay e Richard, una giovane coppia che andò da un terapeuta per affrontare l'escalation di violenza nella loro relazione. Richard, 7 anni più grande, aveva iniziato Jay allo stile di vita gay. Ora due anni dopo, Richard diventava sempre più ostile e depresso quando Jay lo teneva distante da lui. Jay, da parte sua, aveva un segreto. Si era infatuato di Jennifer, una giovane donna che lavorava nel suo ufficio. Volendo uscire dal mondo gay, Jay iniziò a vedere Jennifer come il suo "biglietto" per la "normalità". Il terapeuta era di età più vicina a quella di Richard, e una figura molto conosciuta nella comunità gay. Jay, colpevole per il tradimento nei confronti di Richard e mancandogli il coraggio di dire la verità, era convinto che il terapeuta avrebbe preso il suo rifiuto del mondo gay come un fatto personale e si sarebbe alleato con Richard contro di lui. Piuttosto che correre il rischio, Jay provocò la rabbia di Richard al punto di venire scaricato, dopodiché Richard tentò il suicidio.

Quando la famiglia ha figli, altre questioni diventano salienti nello stabilire una buona alleanza, specialmente riguardo alla sicurezza. Per esempio, le coppie lesbiche con figli da un precedente matrimonio si tormentano se, quando, e come dire ai figli il motivo del divorzio e la natura della loro relazione (Ariel & McPherson, 2000). Come discusso nel capitolo 6, i segreti determinano delle loro tensioni proprie al di fuori della terapia, come anche la paura di rivelarli in terapia involontariamente o in modo

inappropriato, e in questo modo rovinano il pieno investimento dei clienti nel lavoro terapeutico.

Infine, i terapeuti dovrebbero anche essere consapevoli di speciali difficoltà nelle relazioni intime e sessuali di coppie etero e omosessuali affette da HIV/AIDS, e in particolar modo delle coppie in cui uno è sieropositivo e l'altro no (Palmer & Bor, 2001). I cambiamenti dello stato di salute, le decisioni sulle rivelazioni da fare, i problemi riguardo il futuro e altre questioni relazionali potrebbero portare a uno slittamento degli obiettivi nel corso della terapia, richiamando a una sintonizzazione sulla condivisione dello scopo della coppia, come sulla relazione fra il terapeuta e ciascun partner. Dato che le donne eterosessuali costituiscono il gruppo a rischio di HIV che sta aumentando maggiormente, dunque, queste considerazioni non riguardano solo clienti gay maschi, ma anche coppie e famiglie eterosessuali in terapia (Serovich & Mosack, 2000).

C'è una letteratura notevole e crescente sul lavoro con clienti GLBT in terapia familiare (cfr. Laird, 2000, e gli articoli collegati nel volume del 2000 del *Journal of Marital and Family Therapy*), così pure come la letteratura sulla formazione e l'addestramento per i terapeuti interessati ai clienti GLBT (Long & Serovich, 2003). Recentemente, per fornire ai professionisti informazioni generali su sviluppo psicosociale, valutazione, intervento e pratica etica nel lavoro con clienti gay, lesbiche e bisessuali, il Consiglio dei Rappresentanti dell'*American Psychological Association* ha adottato 16 Linee Guida per la Psicoterapia con Clienti Gay, Lesbiche e Bisessuali (American Psychological Association, Division 44/ Joint Task Force sulle questioni di lesbiche, gay e bisessuali, 2000), quattro delle quali specificatamente si riferivano alle relazioni e alle famiglie dei clienti gay, lesbiche e bisessuali.

Diversità nelle strutture familiari

La struttura della famiglia non è solitamente considerata una variabile individuale di diversità, come la razza, l'etnia, la classe socioeconomica, la religione, il genere o l'orientamento sessuale. Quando i clienti e il terapeuta differiscono in queste variabili, queste differenze possono essere visibili e, in molti casi, argomento di discussione. Le differenze fra la situazione familiare dei clienti e quella del terapeuta, d'altronde, tendono a non essere motivo di discussione. Eppure, queste differenze non sono irrilevanti nello stabilire e nel mantenere un'alleanza terapeutica forte.

Consideriamo per esempio un terapeuta che non ha avuto figli. Finché non si diventa genitori, la capacità di empatizzare con gli sforzi dei genitori è oscurata dal fatto di avere sperimentato la relazione padre-figlio solo dalla prospettiva del figlio. Annabelle Carlson, andando in terapia dopo che il marito Bryan le aveva rivelato un rapporto extraconiugale, chiese all'inizio della prima seduta al terapeuta se avesse bambini. Annabelle era preoccupata del fatto che se il terapeuta non fosse stato anche genitore, potesse giudicarla duramente per il desiderio di tenersi stretto un marito donnaiolo, per il bene dei figli. Sebbene questa domanda potesse essere una proiezione dell'ambivalenza di Annabelle sul suo matrimonio, interpretarla esplicitamente come una proiezione avrebbe potuto danneggiare la relazione terapeutica fin dall'inizio.

I clienti che divorziano, che lottano contro l'infertilità, che si occupano a tempo pieno dei genitori anziani, che allevano da soli i nipoti, o che diventano vedovi in giovane età, possono sentirsi non al passo con i pari. Anche se la situazione familiare è nascosta all'esterno, c'è sempre un senso di vergogna e di stigma associato al fatto di vivere una vita diversa dalla norma. Inoltre, anche quando non chiedono direttamente al terapeuta della sua famiglia o un'opinione personale sulla loro situazione familiare, i clienti possono avvertire un senso di inferiorità, se danno per scontato che il terapeuta conduce un vita più "normale" della loro.

Suzanne e Bob Miranda, sposati da otto anni, avevano adottato due bambini. Un mese prima, Bob scoprì con sorpresa di avere un figlio da una donna che aveva conosciuto prima di incontrare Suzanne. Questa donna si era fatta viva inaspettatamente chiedendo un aiuto per il figlio Alexander di 6 anni. La richiesta di denaro non era un problema per Suzanne, né tantomeno il fatto che Bob avesse avuto un figlio prima di conoscerla. Nonostante questo, ebbe una dura reazione a questa situazione.

Portando Suzanne in terapia per colmare la frattura sempre più ampia fra loro, Bob fu sorpreso dalla profondità della rabbia e della depressione di Suzanne, dato che aveva salutato con affetto il ragazzo quando si erano conosciuti. Sebbene Suzanne non avesse niente contro il terapeuta o contro l'opportunità di una terapia di coppia, ciononostante non voleva esprimere le sue emozioni più sincere sulla situazione.

Quando, però, il terapeuta disse che anche lui aveva adottato due figli, Suzanne si sentì abbastanza forte per mettersi di fronte a Bob con le sue paure più profonde. Si era sentita umiliata perché adesso era chiaro a tutta la loro cerchia di amici che lei era quella sterile nella coppia. Inoltre, anche se poteva comprendere la felicità di Bob nell'incontro con Alexander, si era incupita nel vedere l'aspetto fisico del marito riflesso nel volto e nelle fattezze di Alexander. Tutte le insicurezze sul matrimonio, che aveva provato in passato e successivamente cacciato via dalla mente dopo l'adozione dei figli, erano riemerse, attanagliandola. Sentendosi tremendamente vulnerabile, a questo punto Suzanne doveva proprio porre a Bob la domanda che si era tenuta dentro per tutto quel tempo: "Sentiva che si era perso qualcosa di fondamentale nella sua vita stando con lei?"

Bob rassicurò Suzanne, di non aver mai pensato di lasciarla. La coppia era giunta a un punto di svolta. Da quel momento, la terapia divenne un processo facile, scorrevole, e i Miranda si concentrarono su come spiegare la presenza di Alexander ai figli, come integrare il ragazzo nella vita familiare, e così via.

Era stata una coincidenza fortunata che anche i figli del terapeuta fossero stati adottati, perché la sua rivelazione diede a Suzanne la forza di condividere i profondi sentimenti di vergogna. Come potrebbe procedere un terapeuta in assenza di un tale legame con la famiglia Miranda? Che intuisca o meno i sentimenti di Suzanne, il terapeuta potrebbe rivolgersi a Bob.

Terapeuta: Bob, vedo un grande interrogativo dipinto sul tuo volto. Sembri confuso quando parliamo della reazione di Suzanne all'incontro con Alexander.

Bob: Sì, infatti, non capisco cosa succede.

Terapeuta: Che idea ti sei fatto riguardo i suoi vissuti ?

Bob: Beh, come ho detto, continuo a chiederle se le dà fastidio che Alex sia mio

figlio e che io stessi con un'altra prima di lei, ma lei risponde che no, non è gelosa, perché è accaduto prima di incontrarci. Allora non capisco proprio.

Terapeuta: Dimmi qualcosa di Alex.

Bob: È proprio un bambino forte ! [Guarda Suzanne, che sta cercando di trattenere le lacrime]

Terapeuta: Vedo che lei sta male, Bob. Penso che vorrebbe dirti qualcosa in merito, ma non sembra pronta adesso. Dimmi qualcos'altro di Alex.

Bob: Beh, è biondo come me, ma ha gli occhi di sua madre. [Si accorge che Suzanne sta piangendo apertamente] Ma cara !

Terapeuta: [Dolcemente] Bob, Alex ti assomiglia. È il tuo figlio naturale. Penso che Suzanne provi qualcosa su questo aspetto, non su quando stavi con la madre di Alex. Puoi aiutarla a dirti cosa sta passando ?

Bob, preso dai suoi pensieri e sentimenti da quando aveva saputo dell'esistenza di Alex, non era riuscito a distogliersi dal suo vissuto e a considerarne l'impatto sulla moglie. Bob pensava che l'infertilità di coppia fosse un problema superato, e fino a quel momento non aveva colto che il legame biologico con Alex potesse essere la fonte della sofferenza di Suzanne.

In questo esempio, il terapeuta si rivolge al cliente che si sente più a suo agio in terapia e non mette sotto pressione la persona che si sente più vulnerabile. Guidando abilmente Bob a comprendere la moglie prima, e a rassicurarla e confortarla poi, il terapeuta ha utilizzato le risorse della coppia per rompere la barriera che li separava.

Come l'infertilità, il divorzio è una questione che porta con sé sentimenti di vergogna e senso di fallimento. La famiglia divorziata sfida l'alleanza terapeutica in modi particolari. La prima questione da sollevare è "Chi è il cliente?". Di solito è il genitore affidatario a portare il figlio in terapia. La madre rimasta sola potrebbe chiedere un aiuto per la famiglia, ma potrebbe essere così in difficoltà che la terapia diventerebbe un intervento individuale per lei, con i figli come spettatori. Al contrario, la madre potrebbe richiedere che venga risolto il problema del bambino, rifiutando di essere coinvolta in ogni discussione che la veda più che una spettatrice. Nelle situazioni di affidamento condiviso, la questione è complicata se la legge prevede che il terapeuta deve avere il consenso di entrambi i genitori prima di vedere i figli.

Quando sembra nell'interesse del bambino coinvolgere in terapia il genitore non convivente, questo è attuabile solo con i genitori affidatari più comprensivi e stabili. Quando il marito lasciò la famiglia per una donna più giovane, Caroline cercò di mettere da parte il lutto e l'umiliazione per portare in terapia Ricky, il figlio di undici anni. Sebbene Caroline sapesse che Ricky era confuso e sofferiva per l'allontanamento del padre, voleva che il figlio ricevesse un aiuto per gestire i suoi sentimenti, non per ricostruire il legame con il padre. Questo Caroline lo sapeva bene, ma il solo pensiero di Ricky accanto al padre minacciava il suo fragile senso di sicurezza.

Quando Caroline esitò ad acconsentire alla proposta del terapeuta di una seduta con Ricky e il padre soli, il terapeuta sentì che la sua alleanza con Caroline era in crisi. Caroline poteva abbandonare la terapia di punto in bianco, senza particolari indugi. Il terapeuta suggerì allora di fare qualche seduta individuale con lei, per ristabilire il loro

rapporto e fornire a Caroline la giusta intimità per sfogare la sua rabbia ed esplorare le sue paure. Alla terza seduta, una volta avvertite la comprensione e l'empatia del terapeuta per il suo dramma personale, Caroline riuscì a distinguere più chiaramente le esigenze di Ricky dalle proprie.

Un'altra struttura familiare impegnativa è quella delle famiglie ricomposte, dove i figli (e il terapeuta) possono trovarsi in mezzo a due mondi in guerra. Alcuni genitori acquisiti giungono come "ospiti" disinteressati, vedendo la terapia (e i figli) come del coniuge, mentre altri vengono in terapia come "parti in causa" (M. Beck et al., 2006), cercando un palco dal quale criticare l'ex del coniuge per le scarse capacità genitoriali o (nei casi più disfunzionali) perché rende infelice la loro vita. Quando ci sono due famiglie ricomposte a combattersi i figli, le priorità di quattro genitori in conflitto possono facilmente far fallire la terapia, mentre i vari schieramenti cercano di prevalere sul terapeuta. Mantenere l'attenzione sul benessere del ragazzo, cosa spesso molto difficile, è la sola via per il successo terapeutico in tali casi. Creare un legame con tutti i genitori e chiedere a tutti impegno nella terapia è il primo passo. Il secondo comporta il creare una condivisone dello scopo che ruota intorno alla cogenitorialità: rispetto dei legami, compromessi sui ruoli, nessuna tolleranza a qualsiasi tentativo di manipolare una parte contro l'altra, e così via. Il brano seguente tratto da "Treating Troubled Adolescents: A Family Therapy Approach", di Charles Fishman, illustra la richiesta inflessibile dell'Autore a quattro genitori divorziati risposati di mettere da parte i propri problemi per aiutare Faith, un'adolescente a rischio di suicidio. Mentre Faith era nella stanza, Fishman fece molti tentativi per creare una condivisone dello scopo.

«Mi sembra che la difficoltà stia nel fatto che gli adulti non abbiano molto chiaro come affrontare Faith e ciò che è meglio per lei. Ciò che manca a Faith per non sentirsi criticata, è che tutti siano d'accordo. Siamo qui per una ragione molto semplice ... Se i genitori seppelliscono l'ascia di guerra, Faith non farà di queste cose - non ne avrà bisogno. Se non potete seppellire l'ascia di guerra e parlarle a una sola voce, se non siete d'accordo su quello che voi quattro state facendo, lei crescerà molto confusa. Si trova in una posizione molto pericolosa. Tutto ciò che è successo ha fatto piovere sul bagnato. Ciascuno è ugualmente colpevole, anche se nessuno lo crede. L'unico motivo perché siamo qui - non stiamo facendo una terapia di coppia, o una terapia per il divorzio o qualcosa del genere - l'unico motivo è Faith. Siete tutti d'accordo sul motivo per cui siamo qui? ... Il modo per aiutare Faith non è facile, ma è molto semplice. Tutti e quattro gli adulti devono avere chiaro che cosa vogliono da lei e che conseguenze comporta ... (p.174). Se continuate a insultarvi e a calunniarvi tra voi, non andiamo da nessuna parte ... Il motivo di questo incontro è che Faith ha fatto qualcosa di grave e poteva morire (p. 175)»

Dopo che Faith ebbe lasciato la stanza, Fishman continuò a tentare di creare un legame fra i genitori.

Posso dirvi sulla base dell'esperienza e della ricerca che, se non volete che vostra figlia faccia cose come quelle che ha fatto e che crescendo non sia così ribelle, voi quattro dovete parlarle a una sola voce... (p. 177). La domanda è come togliere questa ragazza dalla posizione di mezzo ... (p. 185). Stiamo dicendo che entrambe le parti della vita di

Faith sono qui per lei ... Poniamo il caso che voi quattro diveniate più maturi (p. 186). La domanda è: "Potreste essere corretti e decenti tra voi?" (p. 187). Tutti e quattro conoscete la situazione e la *sfida* - e io dico che è una sfida - come si può trovare un modo per lavorare insieme? Questo è ciò di cui Faith ha bisogno ... Non mi sembra che siamo qui per chiarirci veramente [fra loro]. Non possiamo chiarirci, siete intenzionati a serbare rancore per tutta la vita. C'è un modo concreto e specifico per presentare un fronte comune a Faith? ... (p. 191). Penso che ciascuno la pensi nello stesso modo. Tutti vogliono proteggere Faith..(p.192) Potete tutti voi mettere da parte i vostri ego e dire: "Aspetta un minuto" (p.194).

Questo esempio illustra la creazione deliberata e assertiva di una condivisione dello scopo riguardo un'efficace cogenitorialità. I suoi commenti diedero coraggio ai genitori, a forza di insistere che potevano e dovevano comportarsi da adulti. Alla fine di questa seduta di terapia familiare, era stato ottenuto un punto fondamentale: i genitori non solo vennero a un accordo su come gestire un aspetto specifico della vita di Faith, ma comunicarono anche le loro aspettative su di lei a una sola voce, supportandosi gli uni con gli altri. La cosa più commovente fu che, dopo che Faith ebbe lasciato la stanza, il padre prese le mani della sua ex moglie, che reagì avvicinandolo a sé. Ne seguì il seguente scambio di battute:

Madre: Non ti odio, lo sai.

Padre: Neanche io ti odio. Voglio che la smettiamo di farci la guerra. Dobbiamo colmare questa distanza. Questo è ciò che voglio.

Madre: Ho avuto paura di te. Mi ci è voluto molto tempo per essere in grado di parlarti.

Padre: Mi c'è voluto molto più coraggio per stringerti la mano (Fishman, 1988, p. 199).

Nel caso di famiglie ricomposte con diversi figli, è di aiuto costruire un'alleanza con almeno un figlio di ciascun sottosistema: genitore-figlio e genitore acquisito-figlio. Dato il numero effettivo delle persone coinvolte, questo può essere difficile da realizzare nelle sedute congiunte. Una strategia è determinare subito in terapia la visione del problema da parte di ciascuno, condividendola pubblicamente in seduta congiunta o privatamente ("Scrivetemi una lettera su quello che pensate stia accadendo in famiglia") o con questionari autocompilati come la scala *Constructions of Family Problems* (Scala della Costruzione dei Problemi e Profilo Riassuntivo) (Heatherington et al., vedi capitolo 7 e Appendice C).

Nella famiglia O'Brien, emotivamente unita ma altamente instabile, composta dal sottosistema di "lui" (padre acquisito e tre figlie adolescenti) e dal sottosistema di "lei" (madre acquisita e due figli maschi adolescenti), fu chiaro alla prima seduta che ciascuno aveva una differente visione dei problemi familiari. All'inizio della seconda seduta, ai membri della famiglia venne chiesto di scrivere separatamente un racconto o una descrizione dei problemi familiari, da far leggere al terapeuta solo. Tale intervento provocò alcune sorprese: il padre acquisito criticava la figlia maggiore meno del previsto, il figlio maggiore si assumeva la responsabilità delle sue azioni più di quanto mo-

strasse, e il figlio minore rivelò molte considerazioni sagge e utili sistemicamente, oltre al desiderio di avere un rapporto più stretto con il fratello maggiore. Queste rivelazioni risultarono molto utili per il terapeuta. Cosa più importante, scrivere i brani fece accelerare l'inizio dell'alleanza. Ciascuno, sapendo che il terapeuta conosceva i suoi pensieri più profondi, si sentiva sicuro e più vicino emotivamente. Durante la terapia, i membri della famiglia facevano riferimenti indiretti a ciò che avevano scritto, pensando ognuno di avere un'intesa e un legame speciale e personale con il terapeuta. In effetti, era così.

Conclusioni

Sebbene le linee guida professionali per le competenze culturali o di altro tipo possano essere utili, i terapeuti dovrebbero guardarsi dal conformarsi al mito dell'uniformità (Kiesler, 1966). Le famiglie afroamericane della classe media, per esempio, tendono ad avere una divisione del potere e conflitti di valori, differenti da quelli delle famiglie afroamericane di basso status socio economico, ed è la natura di questi conflitti ad influenzare maggiormente gli obiettivi delle terapie e la disposizione a collaborare con il terapeuta da parte delle famiglie. Un altro esempio, la nostra precedente raccomandazione di considerare i padri latinoamericani come l'autorità in famiglia, potrebbe essere valida specialmente, o esclusivamente, nelle famiglie di recente immigrazione o di bassa estrazione sociale (oggetto di attenzione da parte di ricercatori e teorici), ma se venisse attuata in maniera acritica, esporrebbe il terapeuta al rischio di sembrare un idiota con le famiglie latinoamericane di elevato livello culturale (Bea, Perry, & Bedell, 2001).

In effetti, l'identità di molte coppie e famiglie presenta notevoli sfaccettature. Per questa ragione, il diverso intrecciarsi di cultura, etnia, razza, religione, classe sociale e altri fattori rende inesatta la "scienza" sistematica di costruire le alleanze lungo le pieghe delle differenze. Cioè, è semplicemente impossibile prescrivere un metodo per la costruzione di alleanze con tutti i clienti di ogni possibile combinazione di identità sociale. Al contrario, la costruzione di alleanze con clienti, le cui esperienze di vita o punti di riferimento siano diversi da quelli del terapeuta (e differiscono all'interno della famiglia stessa), può essere meglio concepita come un'arte plasmata da elementi scientifici. Quest'arte, quando viene praticata bene, fonde insieme la comprensione della letteratura specifica sulla cultura (definita in senso ampio), con una curiosità rispettosa e un'attenzione sensibile ai comportamenti in seduta dei clienti come espressione delle loro molteplici identità, e a questo unisce l'uso delle esperienze personali come ponti, e l'attenzione alle ben conosciute caratteristiche del terapeuta che costruiscono la fiducia e i legami emotivi: calore, empatia, accoglienza e considerazione positiva.

I membri della famiglia rivelano in una miriade di modi il senso di sicurezza, il senso di uno scopo condiviso, la connessione emotiva e il coinvolgimento nel processo terapeutico. I terapeuti che prestano attenzione alla diversità mentre cercano di "leggerne" e incentivare gli elementi dell'alleanza, favoriranno la possibilità di una collaborazione efficace, tanto nella prima fase della terapia, quanto con l'avanzare della relazione terapeutica.

LA TERAPIA CON CLIENTI NON MOTIVATI E OBBLIGATI AL TRATTAMENTO

Com'è possibile creare una buona relazione terapeutica con persone che non chiedono aiuto di loro spontanea volontà? Ovviamente non è facile. Come possiamo creare una solida alleanza con persone in collera perché costrette a vedere un terapeuta? Generalmente la terapia è volontaria ed è tale per definizione, ma è anche comune che un membro della coppia o di una famiglia partecipi alle sedute malvolentieri o si rifiuti addirittura di andare. Chi viene inviato in terapia potrebbe accettare il bisogno di un consulto o anche di cambiare qualcosa nella sua vita, ma non è stata comunque sua la scelta di chiedere un aiuto professionale. Una cliente quindicenne, per esempio, sapeva bene che era colpa sua se l'avessero espulsa da scuola per ciò che era successo. In privato ammise di avere problemi personali, sociali e familiari. Sapeva che aveva bisogno di essere aiutata, ma la terapia obbligatoria smorzò il suo desiderio di aiutare se stessa.

In altri casi, i clienti si rifiutano di ammettere di avere un problema. Un'adolescente con lo stesso comportamento antisociale a scuola e a casa, crede solo di difendere se stesso dall'ingiusto trattamento degli altri. In questo caso, l'essere forzato ad andare in terapia è vissuto come l'ennesima dimostrazione dell'oppressione dell'adulto. Comunque, sentirsi oppresso da una figura autoritaria non è solo limitato agli adolescenti. Quando un giudice del Tribunale della Famiglia indica la terapia come condizione necessaria per le visite dei genitori ai figli dati in affidamento per abuso o trascuratezza, la prescrizione della terapia viene vista più come un'interferenza e una punizione dello Stato.

A volte la terapia è una costrizione, ma non un obbligo legale. Spesso l'invio in terapia viene dall'esterno della famiglia, come quando il Servizio Sociale per i Minorenni e per la Famiglia "suggerisce" un trattamento ai genitori sottoposti all'indagine ambientale, o quando un preside "consiglia" una terapia per evitare l'espulsione oppure i servizi sociali "consigliano" una terapia a un utente diversamente abile. A volte, invece, l'invio viene dall'interno della famiglia. Una coppia di genitori disse una volta alla figlia adolescente che era una sua scelta andare in terapia o meno, ma se non avesse accettato di andare, avrebbe perso il campeggio che stava programmando con le sue

amiche. Un marito “non credeva nella terapia”, ma sua moglie gli disse che vedeva il suo atteggiamento come un altro indice della sua indifferenza verso di lei. Accennò anche che il rifiuto del marito di accompagnarla in terapia confermava i sospetti sulla sua infedeltà.

Quando l’obbligo è esplicito e riconosciuto come tale da tutti quelli che sono coinvolti, il terapeuta può pianificare appropriate strategie per favorire l’alleanza terapeutica. Nella prima seduta, il terapeuta dovrebbe parlare con i membri della famiglia dell’invio o del mandato per stabilire obiettivi e termini della terapia come anche il tipo di relazione fra loro. Il terapeuta dovrebbe essere chiaro e trasparente riguardo l’obbligo verso l’inviante, indicando le limitazioni imposte dalla terza parte. Intavolando una discussione aperta sui pensieri e i sentimenti sull’argomento, il terapeuta dimostra la volontà di creare un’atmosfera di fiducia e libertà nel rispetto dei vincoli stabiliti dall’inviante.

Quando la costrizione è implicita (cioè quando la terapia appare come volontaria, ma non lo è) il terapeuta può rilevare segni indiretti dell’obbligatorietà della terapia considerando le diverse dimensioni dell’alleanza. È difficile che “gli ostaggi” della terapia imparino ad affidarsi presto al terapeuta (legame emotivo) o che collaborino facilmente nei compiti e nelle procedure della terapia (Coinvolgimento nel processo terapeutico). Probabilmente i segni più evidenti di resistenza compariranno al SOFTA nelle dimensioni di Sicurezza all’interno del Sistema Terapeutico e Senso di uno Scopo Condiviso all’interno della famiglia, come discusso nel successivo paragrafo.

Clienti, querelanti, ospiti, ostaggi

Nella prima fase della terapia, i terapeuti ad orientamento strategico breve (Fisch, Weakland, & Segal, 1982; Watzlawick, Weakland, & Fisch, 1974) e centrato sulla soluzione del problema (de Shazer, 1984, 1985), considerano il tipo di relazione che i membri della famiglia hanno iniziato con il terapeuta. Anche se non esplicitamente riguardo l’alleanza terapeutica, i teorici dell’orientamento focalizzato sulla risoluzione del problema definiscono tre tipi di relazioni che caratterizzano l’inizio della terapia: i Clienti¹, i Querelanti e gli Ospiti (Berg & Miller, 1992; DeJong & Berg, 1998; de Shazer, 1988).

La relazione da Cliente è ottimale per l’alleanza terapeutica: quella in cui il terapeuta e il cliente definiscono il problema insieme e si accordano su come affrontarlo. Il cliente riconosce la sua parte di responsabilità nel problema e collabora alla pianificazione necessaria per migliorare la situazione. Nel caso di una relazione con un Cliente in terapia individuale, sono rare le difficoltà nel creare una forte alleanza. Nella terapia

¹ L’utilizzo del termine Cliente con la maiuscola in questo capitolo sta a sottolineare la differenza delle diverse espressioni in inglese *client* (usato in tutto il testo come usufruttore della terapia e persona con cui stabilire l’alleanza terapeutica, e tradotto in italiano con la minuscola) e *customer* (utente specifico descritto in questo capitolo, e tradotto in italiano come Cliente) con caratteristiche peculiari di interazione con il terapeuta [NdT]

congiunta, comunque, è frequente che una relazione da Cliente con un membro della famiglia sia complementare ad una relazione da Ospite o da Querelante con un altro membro della famiglia.

Nella relazione tipica con un Querelante, il cliente e il terapeuta sono d'accordo sulla natura del problema, ma il cliente non vede come possa dare un contributo personale alla soluzione. Il cliente potrebbe anche essere molto motivato a risolvere il problema, ma crede che altri - membri della famiglia, enti, esterni che si lamentano del cliente - debbano cambiare perché migliori la situazione. Per esempio Celia Stokes iniziò il trattamento con il marito e il figlio su invio della scuola. Sebbene Celia vedesse chiaramente i conflitti e il rischio di violenza in famiglia, rimaneva irremovibile nella convinzione che solo il marito avesse bisogno di aiuto. In questo caso il marito di Celia era un cliente. Si vedeva responsabile degli scontri coniugali e voleva aiuto perché sapeva che il suo comportamento era pericoloso per il benessere del figlio. La terapia sarebbe rimasta in stallo, comunque, se il marito avesse pensato che la sola Celia dovesse cambiare o se entrambi i membri della coppia avessero pensato che la scuola si era intromessa nei loro affari privati.

Infine, il cliente che viene in terapia come Ospite, o Visitatore, non riconosce l'esistenza di un problema su cui lavorare. In questi tipi di relazione, non è possibile negoziare obiettivi terapeutici. In molti casi il cliente pensa che gli altri si stiano sbagliando ("non c'è un problema") o che altri sono quelli che hanno problemi. La relazione da Ospite è comune quando i clienti sono spinti in terapia. In questi casi il terapeuta rischia di rispondere alla mancanza di motivazione del cliente con la frustrazione. Fare attribuzioni negative circa la poca motivazione del cliente può ostacolare la creazione di un'alleanza con qualcuno che potrebbe aver bisogno e beneficiare del trattamento.

Noi proponiamo un quarto tipo di relazione terapeutica che è, sfortunatamente, frequente nei casi in cui la terapia è obbligatoria: la *relazione come Ostaggio*. Questa relazione si ha quando un cliente non solo pensa che non ci sia alcun problema da affrontare, ma vede anche l'invio in terapia come un'ingiustizia. Ne consegue che il cliente è risentito e ostile verso il terapeuta. Si tratta di una situazione molto delicata che richiede di essere gestita con le dovute accortezze per evitare un esito controproducente o dannoso.

Nella terapia di coppia o familiare, la copresenza di differenti tipi di relazioni terapeutiche (Clienti, Querelanti, Ospiti, Ostaggi) non solo è possibile, ma altamente probabile. Nell'affrontare i problemi relazionali fra i genitori e adolescenti, per esempio, è una costante trovare un genitore che vede con chiarezza i problemi dell'adolescente e insiste nella necessità di una terapia. Immersi nella cultura adolescenziale irriflessiva e beatamente scervri da preoccupazioni per il futuro, gli adolescenti non vedono ciò che fanno come fonte di preoccupazione per i genitori.

I terapeuti a orientamento strategico breve (Coyne & Pepper, 1998) raccomandano specifiche manovre per stabilire un'alleanza di lavoro con gli Ospiti e i Querelanti. Adottare una posizione one-down può evitare spesso il problema di un braccio di ferro e la coercizione. Facendo questo, il terapeuta comunica che i pazienti sono responsabili del lavoro terapeutico e della fiducia nelle loro competenze ad affrontarlo. Quando un cliente vede altri membri della famiglia come responsabili del problema, il terapeuta

può evitare di sfidare questo punto di vista suggerendo che il cliente cambi qualsiasi cosa egli o ella stia facendo per mantenere il problema dell'altra persona, oppure aiuti l'altro a trovare una soluzione nuova e differente. Con i clienti inviati ad una terapia obbligatoria, il terapeuta può chiarire che solo loro possono dimostrare l'ingiustizia dell'invio oppure, se preferiscono, approfittare dell'opportunità per discutere qualcosa di interessante o utile. In generale, l'obiettivo è di generare un'atmosfera di collaborazione e di evitare di contaminare la relazione terapeutica con elementi di coercizione. I terapeuti strategici, comunque, non definiscono queste manovre come costruzione di un'alleanza terapeutica, ma piuttosto come inclusione dei clienti riluttanti che si vedono come parte del problema o del processo (Coyne & Pepper, 1998).

Nella restante parte del Capitolo, offriremo alcune indicazioni di lavoro con clienti in terapia contro la loro volontà, seguite da due casi esemplificativi.

Allearsi con clienti sotto pressione

C'è una domanda che si continuano a ripetere i terapeuti familiari che lavorano con clienti che rifiutano la terapia o che vi partecipano senza motivazione: perché fare una terapia a persone non motivate? Senza dubbio, trovare una risposta a questa domanda è essenziale per facilitare l'alleanza e fare progressi.

Cattive relazioni terapeutiche come sintomo di conflitto familiare

Quando un Querelante accompagna un familiare che si sente Ostaggio, è probabile che il modo in cui i clienti si presentano in seduta rifletta le relazioni conflittuali interne alla famiglia. Di solito, l'Ostaggio si sente colpevolizzato dal Querelante o da altri membri della famiglia che a loro volta si sentono colpevoli o si vergognano del comportamento dell'Ostaggio e della loro incapacità di controllarlo. Per lavorare in queste condizioni, il terapeuta deve creare uno spazio di sicurezza per ognuno, possibilmente vedendo all'inizio ciascun membro della famiglia individualmente. Che siano visti individualmente o congiuntamente, i membri della famiglia devono essere rassicurati che il loro punto di vista e i loro sentimenti verranno compresi e rispettati. Allo stesso tempo, devono sapere che continuare a criticarsi a vicenda può influenzare negativamente i loro progressi in terapia.

Al contrario, per ottenere una pur minima condivisione dello scopo, i membri della famiglia devono fare uno sforzo per rispettare il punto di vista di ciascuno e collaborare per migliorare la situazione. Il terapeuta ha bisogno di resistere all'istinto di imporre alla famiglia obiettivi e compiti, in mancanza di uno sforzo di collaborazione. Spesso gli Ostaggi diventano ben disposti verso la terapia quando vedono che il terapeuta non solo comprende la loro posizione, e la pressione che sentono addosso, ma anche che non ha intenzione di forzarli ad agire contro la loro volontà. Per non sottovalutare il potere degli Ostaggi, il terapeuta deve negoziare ciascun piccolo impegno pazientemente e nel frattempo avvalersi della motivazione dei Querelanti per trovare

una soluzione valida. È chiaro che la migliore soluzione esclude le attribuzioni di colpa e di biasimo.

Cattive relazioni terapeutiche dovute alla mancanza di fiducia verso i professionisti

Quando una coppia o una famiglia è obbligata a intraprendere una terapia da un ente esterno o istituzionale (Servizio Sociale per la Tutela dei Minori, Tribunale della Famiglia) i clienti vengono come Visitatori, Querelanti o Ostaggi. Il terapeuta ha bisogno di esplicitare il contesto di obbligo e, per quanto difficile, evitare di vedere il risentimento e l'ostilità della famiglia come una reazione alla sua adeguatezza o competenza. La collaborazione è resa più difficile se il terapeuta si concentra fin da subito ed esclusivamente su quei problemi per cui la famiglia è stata inviata, specie nei casi di abuso o trascuratezza. In un circolo vizioso di sospetti reciproci, l'assenza di collaborazione della famiglia può essere vista dal terapeuta come una conferma di disfunzionalità e di patologia. Nel migliore dei casi, i progressi saranno lenti e dolorosi, sempre che la famiglia resti in terapia.

Comunque, quando il terapeuta fa uno sforzo autentico per capire la profonda mancanza di fiducia della famiglia verso le "figure di aiuto" professionali, l'empatia verso il senso di invasione e tradimento dei clienti può alimentare l'alleanza. Capire tutto ciò è cruciale quando un figlio viene allontanato dalla famiglia o quando pende sopra la famiglia una minaccia del genere.

Quando la mancanza di fiducia del cliente è forte, è difficile creare uno spazio sicuro e un legame emotivo e spesso i terapeuti si chiedono se valga la pena cercare di coinvolgere in terapia una famiglia oppositiva. Prima di dire che un caso è senza speranza, comunque, il terapeuta deve considerare se la cosa è veramente ingestibile, o se la sua reazione personale alla famiglia contribuisca ad alzare una barriera (vedi Capitolo 13 sul controtransfert). È utile ricordare che spesso le persone inviate in terapia sono state vittime, oltre che perpetratori, di abusi e trascuratezze. Il controllo prolungato da parte del Servizio Sociale fa cambiare la rappresentazione dei professionisti nelle persone, anche se in ottima fede. Inoltre, quando i servizi di riferimento hanno un rapporto teso con la famiglia e quest'ultima sente mancanza di fiducia nei servizi stessi e si sente tradita, la conclusione logica è quella di vedere il terapeuta come un'estensione della fonte d'invio coatto. La paura naturale di rivelare disfunzionalità familiari, è amplificata quando i membri della famiglia sanno che il terapeuta scrive (e riceve) resoconti sugli atteggiamenti e i comportamenti. La mancanza di fiducia verso il terapeuta può essere ancora più grande quando la famiglia sa che questi viene pagato dall'inviante.

Sfortunatamente, le madri e le nonne di bambini che hanno subito abusi da parte dei padri o di altri uomini, si sentono spesso in colpa, non solo per la sofferenza del bambino, ma anche per i provvedimenti presi dal Servizio Sociale. La ricerca qualitativa di MacKinnon (1998) suggerisce che l'abuso infantile non è semplicemente risultato di una psicopatologia familiare, ma piuttosto "l'inevitabile esito di una posizione individuale all'interno del contesto di genere e classe oltre che di una particolare genealogia di relazioni" (p.233). Secondo MacKinnon, i terapeuti che pongono attenzione

all'influenza del genere e della classe sociale, sono meglio attrezzati ad offrire un aiuto non compromesso da relazioni di potere fra professionisti e clienti. Questo punto è cruciale per creare un'alleanza con i clienti che si considerano Ostaggi della terapia. Infatti, MacKinnon ha rilevato che la maggior parte dei clienti inviati in terapia dal Servizio Sociale sono donne di basso livello socio economico anche quando non sono loro stesse le vittime di abusi. L'invio stesso produce spesso in queste donne un senso di inferiorità rispetto al professionista, proprio come succede nella relazione patriarcale in cui sono cresciute.

Per creare una forte alleanza con i clienti riluttanti a collaborare con qualunque professionista, la priorità del terapeuta deve essere la comprensione del punto di vista e delle esperienze di aiuto precedenti dei clienti, siano esse state istituzionali o terapeutiche. Con la comprensione viene la pazienza, e una maggior motivazione ad aiutare i clienti inviati a una terapia obbligatoria. Nella nostra esperienza, quando un terapeuta adotta un atteggiamento di comprensione verso le ragioni della sfiducia del cliente, quest'ultimo di solito risponde positivamente. Considerate l'ironia in questo commento del cliente: "Questa terapeuta è differente. Sembra che ci *voglia aiutare!*"

Bambini: i teneri Visitatori

Di solito i bambini e gli adolescenti sono portati in terapia dai genitori o dai tutori, che sono ben consapevoli che i bambini vedono tutto questo da estranei, come qualcosa che appartiene al mondo degli adulti. In effetti, è difficile immaginare un ragazzo di dieci anni dire ai genitori: "Voglio dirvi che ho proprio bisogno di un terapeuta, e penso che dovrete andarci anche voi, perché i miei problemi riguardano tutti noi".

I genitori spesso hanno sentimenti diversi rispetto al trattamento dei figli anche quando sanno che l'aiuto professionale è garantito. Per evitare di ammettere il fallimento o i sensi di colpa, i genitori spesso cercano la consulenza con un terapeuta quando tutte le altre strade per risolvere il problema del bambino sono state già battute.

Creare un'alleanza terapeutica con i bambini comporta adattare la terapia al loro sviluppo e livello cognitivo. Per offrire sicurezza, stringere un legame emotivo forte e coinvolgere i bambini in un processo che incoraggi l'alleanza all'interno della famiglia, i terapeuti hanno bisogno di adeguare alla portata di un bambino il linguaggio e il ritmo, il contenuto e la durata del colloquio. Quando un terapeuta assegna prescrizioni da svolgere a casa, queste devono essere appropriate all'età e alla motivazione del bambino. Purtroppo, è fin troppo probabile che il terapeuta e gli adulti Querelanti impongano compiti che riducono, invece di facilitare, il coinvolgimento del bambino nel processo terapeutico.

Molti comportamenti dei terapeuti che contribuiscono alle dimensioni del SFTA-o relative agli adulti riguardano anche i bambini (vedi appendice A): ad esempio condividere una battuta o uno scherzo con il cliente oppure raccontare fatti della propria vita personale. Per aiutare i bambini a definire gli obiettivi personali in terapia, il terapeuta ha bisogno di usare un linguaggio appropriato e spiegare come funziona la terapia. Disegni, storie e metafore possono servire, così come giocattoli, giochi con la

sabbia o non competitivi, oppure l'incentivo a divertirsi con un genitore avendo con lui "un tempo tutto per sè".

Il senso di protezione è indispensabile. Perché un bambino si affidi a un terapeuta, è importante dimostrare che anche i genitori fanno lo stesso. In effetti, il primo segno di una mancanza di alleanza, può essere la riluttanza del bambino a partecipare. Quando i genitori seguono il trattamento solo a parole, i figli non hanno la stessa capacità di fingere.

Con i preadolescenti e gli adolescenti, la fiducia nel terapeuta è facilitata dalla confidenza e dal rispetto per il loro punto di vista. Sono particolarmente colpiti quando il terapeuta non appoggia subito il punto di vista degli adulti sul problema. Gli adolescenti che vivono situazioni familiari altamente conflittuali e instabili (ad esempio, con genitori violenti o alcolisti), tendono a non fidarsi di nessun adulto. In questi casi, la pazienza del terapeuta, l'interesse genuino e i racconti personali (specialmente su situazioni difficili o umilianti che il terapeuta ha dovuto sopportare alla stessa età), sono molto efficaci, come lo sono l'impegno e il mantenere il segreto professionale rispetto ai colloqui intimi e agli accordi fatti in assenza dei genitori. In effetti, i legami emotivi sono corroborati dalla reciprocità: è più facile che un adolescente tenti qualcosa di nuovo, una volta che il terapeuta ha portato a termine un accordo, come quello di mediare con i genitori per alcune concessioni che promuovono i suoi obiettivi personali.

Una strategia efficace per facilitare il coinvolgimento e il legame emotivo con gli adolescenti ribelli, comporta la messa in crisi della posizione dei genitori come Visitatori o Querelanti in terapia. Jessica, una quattordicenne sbigottita dalle difficoltà che incontrava per ottenere l'attenzione dei genitori, era arrabbiata per essere stata costretta alla terapia e si sentì oltraggiata dalla madre quando questa negò tutti i problemi e gli stress personali. Comunque, quando il terapeuta riformulò il problema in modo da descrivere la madre di Jessica "incasinata con lei", Jessica fu sollevata. Naturalmente, questa strategia può ritorcersi contro, se il genitore si sente incompreso o criticato dal terapeuta per un problema che vede come unicamente del figlio.

Offrire un "trattamento" o una "mediazione" piuttosto che una terapia

Per dirla tutta, lavorare con clienti inviati obbligatoriamente è molto difficile, perché gli obiettivi terapeutici tendono ad essere predeterminati da una terza parte. A volte gli enti o le persone invianti decidono anche chi deve usufruire della terapia, come anche la frequenza e la durata del trattamento.

Quando gli obiettivi terapeutici sono definiti dai clienti che vengono spontaneamente, i terapeuti tendono a rispettare i desideri della famiglia. Nei casi di sospetto abuso infantile, invece, la "terapia" può essere differenziata dal "trattamento", negli obiettivi e nelle procedure (Turnell & Edwards, 1999). Di solito, gli obiettivi del trattamento tendono a essere stabiliti dagli enti invianti sulla base delle norme sociali riguardanti l'ambiente familiare appropriato e sicuro. In molti casi, il processo può essere riformulato come *mediazione*, che permette ai clienti inviati di accettare l'aiuto del terapeuta a mostrare che sono cambiati o che le accuse degli invianti erano inappropriate.

Quando questo è l'unico modo per le famiglie per andare fino in fondo, il terapeuta può negoziare con l'inviante i requisiti minimi di sicurezza per i bambini. A volte si genera una buona disposizione che può trasformare il processo da una mediazione o trattamento ad una terapia. Accettare la ridefinizione della funzione di un terapeuta non comporta necessariamente una svalutazione dell'alleanza. Anche quando l'intervento potrebbe non essere una terapia in senso stretto, l'alleanza deve essere forte per poter consentire passi in avanti.

Gli operatori del Servizio Sociale lamentano frequentemente quanto sia frustrante, inappropriato e improduttivo lavorare con clienti inviati obbligatoriamente, che rifiutano di accondiscendere agli obiettivi stabiliti per loro. Alcuni operatori sono sorpresi quando le famiglie non comprendono che i cambiamenti richiesti sono ragionevoli e necessari per assicurare la sicurezza del bambino. In un workshop di formazione, un operatore sociale si lasciò sfuggire: "Quando gli obiettivi e gli obblighi stabiliti per queste famiglie vengono eseguiti, è ovvio che funzionino. Allora perché si rifiutano di cooperare ?!!" Questo commento rivela, negli operatori, l'ignoranza dei sentimenti di chi è costretto o spinto a cambiare.

Quando sensi di colpa, vergogna o precedenti esperienze di terapia da parte dei clienti generano sfiducia, è naturale una reazione difensiva nei confronti di qualsiasi imposizione di aiuto. Come abbiamo descritto in precedenza, è essenziale, per sviluppare un'alleanza, una lucida discussione sugli obblighi e sui limiti imposti dall'istituzione inviante, tanto nel caso di un intervento definito come trattamento, quanto nel caso di una mediazione. In assenza di collaborazione, è un errore introdurre elementi che potrebbero benissimo essere terapeutici, ma che sono incompatibili con il mandato.

A volte, nonostante tutti gli sforzi, ci sono casi in cui il livello di sfiducia o di oppositività verso la parte inviante (o il terapeuta) rende impossibile alla famiglia collaborare alla terapia, al trattamento o anche alla sola mediazione. In tali circostanze, è saggio non insistere su un'azione che diventerebbe un'estensione punitiva del controllo sociale.

Caso illustrativo: il vicino come coterapeuta

Julia Phelps e suo marito, Richard, iniziarono una terapia familiare come una delle condizioni imposte dal giudice del Tribunale per la Famiglia. Christopher, il figlio di sei anni, era stato inserito in una casa famiglia a causa degli scontri fra i genitori, che erano stati segnalati alle autorità dai vicini di casa. La decisione del giudice era anche stata influenzata dalle prolungate assenze da casa (di parecchi giorni, a volte di una settimana) di Richard, che lasciava Julia e il figlio in ristrettezze economiche. Julia era disoccupata, ma riceveva un aiuto economico dal figlio diciottenne del primo matrimonio, che lavorava e viveva in famiglia. Sebbene non ci fossero prove che Christopher avesse subito abusi fisici, quando i genitori litigavano il fratello maggiore o il vicino lo portavano via per molte ore e a volte per l'intera giornata.

Il primo colloquio di terapia non avrebbe potuto essere più scoraggiante. Julia era contrariata e ostile, accusando il terapeuta di voler separare lei e il marito dal figlio

e di danneggiare il bambino, che era terrorizzato dall'essere allontanato dalla madre. Richard, a sua volta, era distante e indignato verso la terapia e il terapeuta.

Il terapeuta, concentrato sul creare l'alleanza, iniziò a dire che capiva cosa significasse per la coppia il mandato di allontanamento del figlio dalla famiglia, non solo con gli occhi di un professionista, ma anche da un punto di vista umano. Spiegò il mandato dell'invio e gli obblighi impostigli come professionista del caso. Il messaggio più significativo, comunque, era che la terapia poteva essere uno strumento utile per aiutare la coppia, se quest'ultima fosse stata disposta a collaborare.

Nonostante l'empatia del terapeuta, l'angoscia e la rabbia della madre aumentarono finché non si abbandonò a un pianto inconsolabile. Allora il terapeuta rassicurò la coppia che la terapia era il contesto appropriato per tirar fuori la tristezza e la rabbia e che queste emozioni non avrebbero ostacolato i loro sforzi di riunire la famiglia. Questo clima di accoglienza e di delicata comprensione confortò entrambi i genitori. Esitanti, iniziarono a descrivere le condizioni sottostanti i litigi, le accuse degli altri e i gravi problemi finanziari. Nonostante l'apertura, comunque, Julia e Richard rimanevano dell'idea che il trattamento imposto dal Servizio Sociale fosse ingiusto e che andare in terapia fosse "prova di colpevolezza". Intendevano prendere misure legali per rovesciare la decisione del giudice e si erano procurati l'aiuto della vicina, la cui testimonianza avrebbe supportato la rivendicazione che fossero stati valutati in modo imparziale dallo psicologo nominato dalla corte. La vicina era una donna più grande d'età, rispettabile e amichevole. Faceva praticamente parte della famiglia e considerava Christopher come un nipote.

L'intervento del terapeuta nella prima seduta aveva tre obiettivi. Il primo obiettivo era di mostrare comprensione ed empatia verso lo stato emotivo dei genitori rispetto all'allontanamento del figlio, ridefinendo la rabbia e l'ostilità come motivazione a combattere per il loro diritto di avere la custodia e di crescere il figlio. Il secondo obiettivo era di spiegare che la terapia non era essa stessa uno strumento legale e che conformarsi al mandato di trattamento non era incompatibile con l'intento della coppia di iniziare un'azione legale; in effetti, potevano usare lo spazio della terapia per discutere quei conflitti, nella loro relazione, responsabili di questa terribile situazione. Il terzo ed ultimo obiettivo era quello di chiedere alla coppia di considerare di fare una seconda seduta di terapia con la vicina considerata come una amichevole testimone del loro rapporto con Christopher da molti anni.

In altre parole, l'intervento voleva essere di accoglienza, piuttosto che la battaglia legale che la coppia disturbata si era aspettata. Dopo che il terapeuta diede a Julia il permesso di mostrare la sua vulnerabilità, la coppia si fidò del terapeuta e del suo impegno a non imporre alcuna restrizione su cosa discutevano in trattamento. Allora quando il terapeuta propose di invitare la persona di cui si fidavano di più per parlare al loro posto, la coppia iniziò a vedere il terapeuta come una risorsa piuttosto che un'arma della corte.

Quando Edna, vicina fidata e figura materna per Julia, parlò dei problemi della famiglia ragionevolmente, con due sole sedute la coppia fece propria l'idea che il figlio potesse risentire di aver assistito ai loro litigi. In effetti, alcune argomentazioni presentate al giudice da parte del Servizio Sociale per i Minorenni ebbero un senso per la coppia, quando Edna glielo spiegò. Con il passare del tempo, Julia e Richard iniziarono

a investire di più nel trattamento. Discutendo delle loro differenze, la coppia decise di separarsi. Alla fine, Christopher venne riaffidato a Julia e iniziò incontri protetti con il padre.

In questo caso la chiave di svolta era stata il fatto di creare un rapporto di fiducia con Julia da parte del terapeuta. Dopo aver accettato il fatto che il terapeuta fosse suo alleato, Julia rivelò la sua paura che il Servizio Sociale avrebbe sospeso la loro potestà genitoriale se si fossero separati (in effetti, questa paura l'aveva costretta a mantenere la relazione distruttiva con suo marito). Fino a quando Edna e il terapeuta non la convinsero che non era così, la mancanza di fiducia di Julia nei servizi sociali, il senso di essere controllata in qualsiasi momento e la paura di dover perdere il figlio, le avevano impedito di considerare la possibilità di separarsi da Richard e di trovare un lavoro che le permettesse di migliorare la situazione economica della famiglia.

Questo esempio mostra l'importanza di non considerare impossibile la costruzione di un'alleanza minacciata fin dall'inizio. Il successo del terapeuta in questo caso fu dovuto all'accoglienza tranquilla del risentimento e della sfiducia della coppia che si sentiva Ostaggio in terapia, all'attenzione per la sicurezza e alla decisione di non imporre altri obiettivi al di là di quelli del mandato. Invitando alle sedute la vicina di casa fidata, che la coppia vedeva come loro alleata, il terapeuta dimostrò buona fede e desiderio di allentare la rabbia e la mancanza di fiducia della coppia. Inoltre, non imponendo la sua autorità, ma piuttosto rispettando il passo della coppia nell'affrontare i problemi, il terapeuta fu abile ad ottenere il ritorno a casa, in condizioni di sicurezza, di un bambino spaventato.

Caso illustrativo: l'ostaggio silenzioso

Frank Osita, diciassettenne, fu sospeso dalla scuola per vari episodi di cattiva condotta. Dopo essere stato accusato di aver compiuto atti vandalici in una casa durante una festa, il consulente della scuola attribuì il comportamento antisociale di Frank ai conflitti di vecchia data con i suoi genitori. Su indicazione del consulente, i genitori si rivolsero a un terapeuta familiare.

Nella prima seduta, il terapeuta notò che entrambi i genitori attribuivano tutti i problemi di Frank al suo carattere; non vedevano ragioni per il suo atteggiamento ribelle verso di loro. Da parte sua, Frank era cupo e si rifiutava di prendere la parola, anche quando era invitato a farlo. Di sua spontanea volontà fece un solo commento quando i suoi dissero di aver avuto problemi coniugali che li avevano portati a una temporanea separazione. Secondo i genitori, i comportamenti aggressivi di Frank erano peggiorati da quando il padre era tornato a casa dopo la separazione. Invitato ad esprimere il suo punto di vista sulla situazione dei genitori, disse che la madre gli aveva promesso che non avrebbe permesso al padre di tornare a casa, ma non aveva mantenuto la promessa. Quando la madre iniziò a giustificare la sua decisione, rimase in posizione di chiusura e di difesa e alzò un muro contro ogni ulteriore discussione.

In considerazione dell'atteggiamento del figlio, della pressione scolastica e delle accuse fatte dal proprietario della casa oggetto degli atti vandalici, i genitori di Frank

chiesero al terapeuta di vedere il figlio da solo. La scuola superiore di Frank era una delle più prestigiose e costose della zona e la sua sospensione aveva avuto una ripercussione negativa sulla posizione sociale della famiglia. Accogliendo la richiesta dei genitori, il terapeuta accettò la proposta di continuare le sedute con il figlio da solo, a condizione che i genitori avessero partecipato qualora ce ne fosse stata la necessità.

Nella prima seduta individuale, Frank avisò il terapeuta che non aveva “nulla da dire”. Rispondeva alle domande con monosillabi o smorfie d’indifferenza. La sola risposta forte e diretta venne data quando il terapeuta chiese: “Puoi vedere vantaggi o benefici, per quanto piccoli, nel vederci ogni settimana?”, Frank rispose: “I miei si sono calmati molto e hanno smesso di rendermi la vita impossibile a casa”. Il terapeuta chiese allora: “Se i tuoi genitori si sono calmati perché tu stai venendo qui e non ti rendono più la vita impossibile, questa cosa ha calmato anche te e ti fa stare meglio?”. Colto di sorpresa, Frank rispose pensieroso: “Potrebbe essere... penso di sì”. Il terapeuta allora diede a Frank un appuntamento per la settimana successiva proponendogli questo accordo:

Vedi che il semplice fatto di venire qui ha un effetto positivo su tutta la famiglia e ti dà un qualche spazio per affrontare meglio i problemi. È un modo facile per aiutarti, così mi aspetto che ti farai vedere la prossima settimana. Per favore portati qualcosa da leggere o da fare, per i 45 minuti della seduta. Anch’io approfitterò di quel tempo per leggere qualcosa. Non sto dicendo che non possiamo parlare, ma solo nel caso, come oggi, in cui non te la senti di parlare o di rispondere alle mie domande.

Frank fu chiaramente sorpreso, ma dal momento che il tono del terapeuta non era minimamente sarcastico, la soluzione pratica al dilemma toccava a lui.

Frank arrivò alla seduta successiva con la madre che era venuta “per sincerarsi che Frank non mancasse all’appuntamento”. Annunciò che avrebbe aspettato in sala d’attesa la fine della seduta. Naturalmente Frank si sentì oppresso e umiliato dal comportamento protettivo della madre. Aveva portato con sé un libro di testo, ma appena si mise seduto, tirò fuori una rivista di motociclismo infilata dentro le pagine del libro. Rendendosi conto che Frank era stato fedele alla sua parte dell’accordo - venire ma non essere coinvolto -, il terapeuta iniziò a leggere alcuni giornali sulla scrivania, senza prestare particolare attenzione al suo cliente.

Dopo dieci minuti di silenzio, Frank iniziò una conversazione distratta sulle motociclette e sulla sua passione per le corse. Mezz’ora più tardi, il colloquio passava dalla descrizione degli hobbies di Frank alla descrizione dei suoi amici, con Frank che si lamentava di non aver tempo per fare ciò che voleva, a causa delle punizioni ricevute a scuola e a casa. Espresse chiaramente l’avversione al fatto di “essere controllato” ogni minuto durante tutta la giornata.

Il terapeuta finì la seduta senza preavviso un po’ in anticipo dicendogli di far entrare la madre per chiedergli “come andavano le cose”. Quando il terapeuta aggiunse: “Non dirò nulla che ti possa danneggiare, ma dovrò essere onesto”, Frank si sentì sprofondare, senza dubbio aspettandosi un altro tradimento da parte di un adulto. Ad ogni modo il terapeuta disse semplicemente alla madre di Frank che erano stati “bene insieme” e che la seduta era stata “estremamente importante” per lui (il terapeuta). Non

dandole il tempo di domandarle cosa avessero fatto, il terapeuta aggiunse che la prossima seduta sarebbe stata dopo tre giorni e che Frank sarebbe dovuto venire da solo, con i mezzi pubblici. Quando la madre acconsentì senza sollevare problemi, Frank sorrise al terapeuta.

Alla successiva seduta, il terapeuta non chiese a Frank se venire da solo lo avesse fatto sentire libero o sollevato. In effetti, il terapeuta non chiese nulla a Frank della sua vita. Semplicemente iniziò a chiedere: “Cosa facciamo oggi?” Frank aveva una breve lista di cose di cui parlare; inveì contro il sistema educativo “ingiusto” e “ipocrita”.

La quarta seduta individuale iniziò con la stessa domanda, ma questa volta Frank informò il terapeuta che c’era stato un “grosso scontro” con il padre. Andò avanti a spiegare che aveva la “prova” che suo padre aveva “un’altra donna, un’amante”.

Questa rivelazione segnalava la sua fiducia crescente nel terapeuta e l’inizio di una relazione terapeutica soddisfacente. Sebbene Frank andasse meglio in terapia individuale, di tanto in tanto venivano invitati in seduta anche i genitori e furono fatti progressi nel rendere più facile la vita di Frank a casa. Questo risultato rifletteva la valutazione del consulente della scuola nel fare l’invio: aveva visto nel comportamento antisociale di Frank una reazione alla conflittualità intrafamiliare. Il coinvolgimento del ragazzo in terapia e il suo forte legame con il terapeuta aveva facilitato la partecipazione dei genitori al trattamento aprendo la strada a cambiamenti nel rapporto fra loro e Frank.

In termini di alleanza terapeutica, questo è un buon esempio di come lavorare in terapia con un Ostaggio che ha rotto i ponti con tutti. Con il linguaggio del SOFTA, quando la famiglia non poteva condividere uno scopo (Frank accusava i genitori, questi ultimi accusavano Frank), il terapeuta ha usato la protezione e il legame emotivo per favorire il coinvolgimento del cliente. Con l’aumentare del coinvolgimento, seguì un legame emotivo più stretto e un maggiore senso di sicurezza. Con pazienza, confidenza e una chiara comprensione da parte del cliente dei rapporti significativi con gli altri, il terapeuta costruì un’alleanza che gradualmente promuoveva il cambiamento. Se il terapeuta avesse, invece, forzato Frank al confronto o avesse interpretato il suo silenzio come sintomo di difficoltà sociali o affettive, non sarebbe stato possibile portare avanti la terapia.

Conclusioni

Per molti terapeuti, lavorare con coppie e famiglie molto motivate è una piacevole eccezione alla regola. Per i terapeuti che lavorano negli enti di Servizio Sociale o di protezione del minore, avere tutti i membri della famiglia che iniziano la terapia con una stessa visione del problema è “un dono caduto dal cielo”.

Lavorare con molti membri della famiglia congiuntamente richiede di prestare attenzione alle difficili relazioni dei clienti fra loro. Quando c’è un conflitto e alcuni membri della famiglia si sentono pressati o giudicati, le attribuzioni di responsabilità e le accuse abbondano. È comune, per i clienti che ricevono le peggiori accuse, avvicinare la terapia in modo riluttante. Ancora, la rabbia di sentirsi esposti e criticati da altri membri della famiglia può facilmente diventare avversione per il terapeuta.

In altri casi, i clienti sono obbligati dalle istituzioni dei servizi giudiziari o sociali a chiedere un trattamento. Quando la mancanza di fiducia nel sistema si traduce in mancanza di fiducia verso tutti gli aiuti professionali, l'alleanza terapeutica partirà inevitabilmente da premesse sfavorevoli. Al contrario di famiglie divise da sensi di colpa e accuse, le famiglie inviate in terapia obbligatoria spesso arrivano con un senso dello scopo condiviso: boicottare la terapia!

In entrambe le situazioni, il primo obiettivo del terapeuta all'inizio del trattamento dovrebbe essere di creare un'alleanza bilanciata con tutti i membri della famiglia. Non è possibile alcun colloquio correlato al problema o alla sua soluzione, quando anche una sola persona si sente Ostaggio. Nel linguaggio SOFTA, senza assicurare un livello minimo di sicurezza e di senso di uno scopo condiviso (che include le condizioni imposte dalla fonte d'invio), è difficile ottenere un sufficiente coinvolgimento del cliente per affrontare un cambiamento significativo.

Per creare una forte alleanza con clienti sotto pressione o obbligati al trattamento, raccomandiamo ai terapeuti di evitare di: (a) attribuire al cliente indifferenza o rifiuto del trattamento per cattiva volontà, o (b) dire al cliente che il suo problema o comportamento riflette una disfunzione o una patologia. Piuttosto, il terapeuta dovrebbe identificare le specifiche dinamiche familiari che favoriscono un atteggiamento difensivo del cliente e una minuziosa analisi dell'intero contesto sociale esperito dalla famiglia per far capire la loro mancanza di fiducia negli operatori professionali. Nel fare questo, è particolarmente importante considerare che le differenze di genere e di classe sociale favoriscono sentimenti di mancanza di fiducia e tradimento (MacKinnon, 1998).

Con clienti che si considerano Visitatori, Querelanti o Ostaggi, il terapeuta ha due possibilità: concentrarsi sui problemi e sugli obiettivi del trattamento senza la collaborazione dei clienti, o rinegoziare il contesto e il senso del trattamento, per valorizzare tutti gli aspetti dell'alleanza. Sebbene percorrere alleanze multiple con i clienti inviati in terapia con un mandato sia complicato e richieda tempo ed energia, imporre un trattamento contro la loro volontà ha veramente scarse possibilità di successo.

PROBLEMI A SOMMA ZERO¹

Dobbiamo trasferirci per il tuo lavoro? Avere un bambino? Mandiamo nostro figlio al college o lo facciamo lavorare nell'azienda di famiglia? Divorziamo? Alcuni disaccordi non si prestano a facili compromessi.

A differenza di altre definizioni di problema, i conflitti a somma zero, possono causare caos nella vita della coppia e delle famiglie. Per questa ragione quando la gente porta questo tipo di problemi a un professionista, l'alleanza è in pericolo fin dall'inizio. Generalmente i clienti sono in ansia per la presa in carico della situazione da parte del terapeuta, proprio come lo sono rispetto ai commenti degli altri membri della famiglia sull'argomento.

Andrea Jasper, per esempio, sospettava che il marito, Thomas, aspettasse il primo appuntamento in terapia per dirle che il matrimonio era finito, irrevocabilmente. Andrea pensava o sperava di convincere il marito del contrario, ma cosa sarebbe successo se il terapeuta avesse detto che non c'era nulla da fare di fronte a una tale decisione di Thomas? Se accadesse questo, pensava Andrea, la volontà di Thomas di chiudere sarà rinforzata e non si potrà più tornare indietro.

Quando i clienti vedono la situazione in termini di bianco e nero, hanno di solito esaurito tutte le possibilità di compromesso e comprensione reciproca. È probabile che ciò che si presenta come una posizione polarizzata su due fronti, invece, sia una questione complessa che comporta sentimenti di ambivalenza da entrambe le parti. Dal momento che il conflitto viene formulato in termini di somma zero, ad ogni modo, è solo il risultato che conta, tutte le precedenti ambivalenze sono messe da parte.

Ora, pensando solo a tenersi stretto il marito, Andrea aveva dimenticato tutte le perplessità su di lui, per come la trattava male e per i sacrifici che lei faceva per mandare avanti il matrimonio. Per Andrea, al momento, l'unico problema era: "Mi lascerà?". Thomas, da parte sua, era solo capace di vedere il bisogno di Andrea di aggrapparsi, che lo alienava. Aveva dimenticato la gioia e il conforto che avevano condiviso in passato,

¹ L'espressione "a somma zero" fa riferimento alla teoria dei giochi, secondo la quale i giochi a somma zero sono quelli in cui il guadagno di chi vince è esattamente pari alla perdita dello sconfitto [NdT].

il sentimento spirituale provato al momento del matrimonio, il senso di sicurezza che avvertiva quando l'abbracciava. Per lui, il problema in quel momento era: "Come posso venirne fuori?"

Un altro esempio è il caso dei Carters. Avendo combattuto sei anni con il problema dell'infertilità, Eric e Lindsay decisero che "Avevano fatto abbastanza" e bisognava smetterla con gli umilianti trattamenti medici. Sebbene in passato fossero stati indecisi sull'adozione, Lindsay era ormai pronta all'adozione. Eric, invece, continuava ad avere serie riserve. Dopo un anno passato a considerare la possibilità sotto ogni angolazione, Eric concluse che non voleva. Quello che era iniziato come un problema nella vita di coppia, diventava ora uno scontro di volontà. Se interrogata, Lindsay non avrebbe mai ammesso di essere stata ambivalente sull'adozione, come Eric non avrebbe ammesso di aver mai nutrito un intenso desiderio di paternità. A questo punto sulla relazione dei Carter c'era un pericoloso non detto: si sarebbero separati per questo?

I conflitti a somma zero come questi possono essere il motivo prioritario per chiedere aiuto o per confrontarsi sulla necessità della terapia. Essi si possono presentare quando una scelta diventa fondamentale nella vita di una famiglia oppure emergere inaspettatamente nel corso della terapia. È facile vedere come la strada del terapeuta sia piena di insidie in queste circostanze. Sebbene siano molti i fattori che influenzano la risoluzione dei conflitti a somma zero, una gestione accorta della situazione è essenziale per evitare l'escalation e prevenire i fallimenti.

In questo Capitolo considereremo gli interventi terapeutici che riguardano il coinvolgimento, il legame, la sicurezza e la collaborazione familiare (le quattro dimensioni dell'alleanza nel Sistema d'Osservazione delle Alleanze in Terapia Familiare [SOFTA]) quando i clienti definiscono i problemi in termini di vittoria o sconfitta.

"(Non) abbiamo bisogno di una terapia"

A volte quando un problema è troppo scottante, viene riproposto nello scontro sulla necessità della terapia. La disponibilità del terapeuta a lavorare sui problemi della famiglia senza la cooperazione di tutti è per certi versi un problema di disposizione personale, orientamento teorico e tipologia di pratica clinica del terapeuta. Alcuni esperti raccomandano di intervenire solo sui membri più motivati della famiglia, sostenendo che il cambiamento fondamentale in una persona toccherà invariabilmente tutti i membri della famiglia (Bowen, 1976). Altri esperti insistono nell'aver più membri della famiglia possibile, vedendo una resistenza individuale al trattamento come riflesso di un'ambivalenza del sistema al cambiamento (Whitaker & Keith, 1981).

Di solito, la controversia della famiglia circa la necessità o meno della terapia, è una copertura al disaccordo sul fatto che qualcosa non vada bene nel sistema o nella vita di un membro della famiglia. Una moglie pensa che l'uso di marijuana del marito sia una dipendenza, ma quest'ultimo lo ritiene un divertente passatempo. Un padre insiste che il figlio dovrebbe smuoversi e trovarsi un lavoro, ma la moglie è dell'opinione che il giovane abbia solo bisogno di tempo e supporto. Una donna vuole che il partner si impegni a sposarla, ma egli non ne ravvisa la necessità. Una figlia vuole che la madre

anziana si trasferisca in una casa di riposo, ma questa non prende neppure in considerazione la possibilità di lasciare la casa dove ha vissuto per 50 anni.

Se queste persone prendono un primo appuntamento, la discrepanza nel livello di coinvolgimento è facilmente visibile fin dai primi minuti della seduta. La persona che vuole la terapia è impaziente di raccontare la sua versione della storia. Il cliente siede di fronte, cerca lo sguardo del terapeuta e tenta di coinvolgere il membro della famiglia riluttante alla terapia in vari modi: “È allora che è cominciato, amore?”, “Perché non dici la tua versione dei fatti?”. La persona che è resistente alla terapia (L’Ostaggio della terapia, v. Capitolo 11) potrebbe essere arrabbiata o scoraggiata, pensando di aver perso il primo round solo per il fatto di essere venuta alla seduta. La persona potrebbe assumere una posizione del corpo rigida o difensiva, evitare di incrociare lo sguardo degli altri estraniandosi, o mostrare indifferenza in vari modi.

In circostanze come queste, il compito iniziale del terapeuta è di ridurre l’ansia della persona riluttante alla terapia e di aumentarne il coinvolgimento. Comunque proporre una soluzione alla lotta vincente-perdente nel corso della terapia può essere spesso controproducente. Consideriamo quanto successo con gli Hoffmans. Daniel era irremovibilmente contrario alla terapia sapendo che la moglie Nadine voleva parlare della loro incompatibilità sessuale. All’inizio della prima seduta Nadine spiegò le differenti opinioni della coppia sul ricercare la terapia. In tutta risposta, il terapeuta chiese agli Hoffmans di decidere se impegnarsi nella terapia prima di affrontare qualsiasi questione. Spalle al muro, Daniel cedette. Dieci minuti più tardi, quando comunque Nadine tirò fuori quanto fosse insoddisfatta delle prestazioni sessuali di Daniel, quest’ultimo scoppiò: “Ci risiamo! Non ho intenzione di accettare tutto ciò” e lasciò la stanza.

Con il senno di poi, il terapeuta pensò che avrebbe dovuto spendere più tempo nel discutere la mancanza di accordo della coppia sulla necessità di un aiuto professionale. Sarebbe stato più efficace che forzare a un impegno e esercitare pressione, come aveva fatto. Ad ogni modo, era improbabile che Daniel avrebbe detto cosa pensasse veramente della terapia a un terapeuta appena incontrato.

Quanto è successo a Daniel è tipico dei conflitti a somma zero sul coinvolgimento in terapia. Il problema è la mancanza di sicurezza. Come può Daniel, già angosciato dall’essersi accorto del suo fallimento nelle prestazioni sessuali, sentirsi a suo agio nel discutere un problema intimo con un estraneo? Non è che Daniel negasse o non fosse consapevole dei problemi del suo matrimonio, o che fosse contrario (in linea di principio) alla terapia di coppia. Era, comunque, di gran lunga più facile salvare la faccia rifiutando il trattamento, piuttosto che sopportare l’umiliazione di ammettere un insuccesso sul piano sessuale.

In questa situazione la strategia che dovrebbe privilegiare il terapeuta dovrebbe essere quella di aumentare il senso di sicurezza di Daniel creando un rapporto con lui (legame emotivo), coinvolgendolo in una discussione non minacciosa e lavorando sulla definizione di una condivisione dello scopo nella coppia. L’ipotetico scenario che segue potrebbe avvenire all’inizio della seduta, subito dopo l’accenno di Nadine alla mancanza di accordo della coppia sulla terapia:

Nadine: So che Daniel non vuole tirar fuori questa questione, ma abbiamo dei problemi sessuali.

Terapeuta: Nadine, posso apprezzare certamente il tuo desiderio di andare dritta alla questione più importante, ma mi piacerebbe prima ascoltare qualcosa di più di voi due come persone. Poi possiamo parlare di come dovrebbe essere una terapia di coppia e se Daniel ha intenzione di tornare e provarci. Voi non eravate d'accordo sul venire qui oggi e per questo non mi sembra il caso di entrare nel vivo del problema. Così, quello che propongo è che, dal momento che siete qui, parliamo di voi come individui e come coppia. Poi, se posso darvi un consiglio, potete tornare a casa e decidere se prendere un altro appuntamento. Va bene? Nadine? [questa annuisce] Daniel? [annuisce anche lui] Lasciatemi solo dire che la terapia di coppia non è “una passeggiata” per tutti, e molte coppie ne fanno a meno. Ora che siamo qui, pensavo di impiegare il resto dell'ora sentendo qualche idea su cosa potrebbe essere di aiuto per voi.

Nadine: Per me va bene.

Daniel: [contemporaneamente] Okay.

Il fatto che il terapeuta abbia detto che la terapia non è una passeggiata è un messaggio indiretto a Daniel per dire: “Non ti forzo a farla, o a subire un'umiliazione, se non vuoi”.

Con Daniel in gioco, almeno per questa seduta, il terapeuta gli rivolge alcune domande non impegnative circa l'età, il lavoro, l'istruzione e la famiglia di origine (dove è cresciuto, il numero di fratelli, il lavoro dei genitori e così via). Parlando, Daniel si scioglie un po', abbastanza da fare qualche battuta al terapeuta, quando nota le cose che hanno in comune: l'essere cresciuti in una fattoria e il servizio militare. Mentre Daniel parla un po' più liberamente, Nadine sta seduta dietro ad ascoltare, intervenendo di tanto in tanto. Comunque, solo quando il suo commento è positivo, il terapeuta le risponde. Se interrompe per sollevare un problema, il terapeuta non le lascia spazio, continuando con la sua priorità:

Daniel: Così, da buon campagnolo, ho avuto i miei problemi a rapportarmi ai ragazzi di città con la puzza sotto il naso che incontro al militare.

Nadine: [a Daniel] Hai lo stesso problema con la mia famiglia.

Terapeuta: [a Daniel, ignorando Nadine] Hmm, sei migliorato dopo aver fatto un po' di militare?

Dopo quindici o venti minuti che rivolge l'attenzione a Daniel, il terapeuta si volge verso Nadine, facendole le stesse domande di base. Avendo capito che il terapeuta vuole distogliere l'attenzione dai problemi, Nadine risponde alle domande agilmente, animandosi quando Daniel interviene a chiarire qualcosa:

Nadine: Sono più legata a mia sorella minore. Ero... sono... come una madre per lei.

Daniel: [a Nadine] Lei aveva bisogno che tu lo fossi.

Nadine: Sì, esattamente!

A quindici minuti dalla fine della seduta, il terapeuta propone alcuni commenti generali, ma positivi, su ciò che ogni coniuge sembra aver portato nel matrimonio, normalizzando le difficoltà (come qualcosa che non sia ancora definito) e offrendo il suo aiuto.

Terapeuta: Ascoltandovi, vedo due persone che provenendo da esperienze molto diverse, vengono insieme per fare un qualche lavoro. Come mi avete detto, vi siete incontrati quando tu, Nadine, avevi già avuto un po' di ragazzi, mentre tu, Daniel, eri molto giovane, appena tornato dal servizio militare e con poca esperienza in fatto di donne. Anche solo questa differenza può essere un problema per una coppia. Pur essendoci altre importanti differenze nelle vostre esperienze [descrive le altre differenze], avete vissuto insieme dieci anni, dato vita a una famiglia, e vi siete promessi un'esistenza insieme. Entrambi pensate che i vostri figli vadano benone e, quando parlate di loro, vi si illuminano gli occhi: posso vedere la vostra dedizione alla vita familiare, assieme al fatto che vi considerate buoni genitori reciprocamente, e siete felici di questa parte della vita familiare. [Daniel e Nadine annuiscono] Sebbene non avete parlato dei problemi specifici che avete, si vede che alcuni conflitti possono essere dovuti alle diverse esperienze e agli stress che avete nelle vostre vite individuali. Tu, Nadine, conduci da casa la tua attività e tu, Daniel, devi rispondere a così tante persone e finanziatori, in qualità di amministratore. La vita è davvero complicata oggiogiorno, provando a fare tutto - figli, matrimonio, due carriere!

Progressivamente, da questo momento, Daniel si coinvolge nella terapia. Per non mettere Daniel alle strette, il terapeuta chiude la seduta chiedendo alla coppia di tornare a casa, parlare insieme della possibilità di una seconda seduta "di conoscenza" e comunicargli la decisione in settimana. Per non forzare la situazione, il terapeuta non solo rispetta la privacy e i timori di Daniel, ma invita anche a riflettere scrupolosamente sulla decisione da prendere. Essenzialmente, chiedere alla coppia di decidere se venire a una seconda seduta significa assegnare "un compito a casa", cosa che comporta che Nadine e Daniel facciano un "problem solving" insieme su un piccolo problema, specifico e alla loro portata. Definire la loro decisione attuale semplicemente come "tornare o meno per una seconda seduta", dà una nuova definizione al contrasto sul bisogno della terapia.

Se Daniel accetterà una seconda seduta, non sentirà di aver capitolato totalmente a Nadine e questa avrà la sensazione di aver raggiunto un qualche obiettivo. Allora, alla fine della seconda seduta, se Daniel continua a mostrare di essere a suo agio e coinvolto, il terapeuta potrebbe commentare: "Così, questa è la mia proposta di lavoro con voi, qualora decidiate di tornare". Potrebbe quindi suggerire come obiettivo di "rimettere il matrimonio in carreggiata", "smorzare le differenze" fra Daniel e Nadine e "valorizzare quello che c'è di splendido e di soddisfacente" nel loro matrimonio "per raggiungere un nuovo livello d'intimità". Definire l'obiettivo della terapia in questo modo, piuttosto che in termini di difficoltà sessuali, è la strada per creare il senso di uno scopo condiviso sulla terapia. Come nella prima seduta, il terapeuta impone alla coppia di decidere

a casa se lavorare su quest'obiettivo. A prescindere dalla decisione, Daniel e Nadine avranno fatto qualche progresso nell'imparare a risolvere i problemi.

“O si fa a modo mio, oppure...!”

Il potere rappresenta, subito dopo l'attaccamento, il secondo fattore più saliente nella salute e nel benessere delle relazioni familiari e di coppia. Questo significa che le famiglie che funzionano bene sono caratterizzate da un attaccamento forte e coeso, legami sani con altri significativi nella famiglia allargata e nella comunità, e una condivisione del potere e della leadership. I genitori hanno chiaramente la responsabilità dei figli, decidono insieme sulle aree principali del funzionamento familiare, bilanciano il potere e l'influenza fra loro ed esercitano una forma di controllo, adeguato all'età, sulle vite dei figli. Georgia Blake, per esempio, ha l'ultima parola sulla salute e sull'educazione dei figli, sulla gestione domestica e su tutte le decisioni sul tempo libero e le situazioni sociali; suo marito, Al, si occupa di riparare le cose in casa, della cura delle auto e del prato e si interessa dei conti e degli investimenti finanziari. Sebbene la suddivisione del lavoro e della leadership dei Blake rifletta i tipici ruoli di genere nella classe media, la famiglia “funziona” non perché le responsabilità sono definite dal genere, ma perché ciascuno della coppia ha una sfera di potere e di leadership che viene rispettata dall'altro.

I problemi possono sorgere, comunque, quando un partner ha molta più responsabilità e controllo dell'altro (una dinamica disfunzionale di tipo sovraccarico-sottocarico), quando la famiglia è sotto stress acuto (per una notevole perdita di entrate), o quando i figli si ribellano all'autorità dei genitori. Se tutte queste condizioni sono presenti contemporaneamente, la famiglia si può trovare in condizioni precarie. Quando i membri della famiglia esauriscono tutte le risorse per risolvere i problemi, possono volontariamente cercare una terapia. In casi estremi, la terapia potrebbe essere prescritta da autorità esterne, come il Tribunale per la Famiglia o il Servizio Sociale per la Tutela dei Minori.

Se i problemi sono molteplici e complessi e l'ansia nel sistema si alza drammaticamente, il problema attuale potrebbe essere definito in termini di somma zero. Ciascun membro della famiglia viene trascinato oltre i propri limiti e, per recuperare il senso di controllo, qualcuno pone un ultimatum: “Fa' a modo mio o altrimenti!” Quando il destinatario di questo messaggio resiste al gioco di potere, il problema può esplodere tra le mani del terapeuta. Schierarsi da una parte è un modo sicuro per scindere l'alleanza e compromettere il successo della terapia.

Carole e Steve Kemp erano sposati da tre anni, per entrambi il secondo matrimonio. Non avendo figli dal primo matrimonio e avvicinandosi alla menopausa, Carole desiderava moltissimo un ruolo genitoriale nei confronti delle figlie di Steve, due gemelle tredicenni. Le ragazze, dal canto loro, avrebbero preferito di no; per come la vedevano, Carole non era la loro madre, perciò non aveva il diritto di dire la sua su di loro. Dopo vari tentativi di avvicinamento caduti nel vuoto, Carole iniziò a far leva sul potere: “Fin quando vivete sotto il mio tetto, farete quello che dico io”. Non sorprende

il fatto che le ragazze si rifiutarono di assecondarla e gli scontri verbali divennero all'ordine del giorno. Steve, da parte sua, si allontanò sempre di più finché il matrimonio non iniziò a dissolversi. Dopo tre anni, la vita era insopportabile.

Su invio del consulente della scuola, preoccupato per le ragazze, Steve, sebbene riluttante, fissò un appuntamento nell'ambulatorio locale. Quando la famiglia andò al primo appuntamento, Carole diede a Steve un ultimatum: "O le ragazze tornano dalla madre, o ti lascio".

Per gestire un'ansia travolgente, Carole era diventata miope. Nella sua mente, l'unica soluzione possibile era di allontanare le ragazze. Naturalmente, essendo un provvedimento estremo, doveva incontrare l'opposizione di qualcuno nel sistema. Anche se Steve aveva considerato la possibilità di far trasferire le ragazze dalla madre, cedere a Carole senza uno scontro non solo non sarebbe stato "da uomo vero", ma avrebbe potuto trasmettere alle figlie il messaggio che, non combattendo per loro, non le voleva e non le amava. Ironicamente, le ragazze avevano già parlato fra loro dell'idea di andare a vivere con la madre, ma erano irremovibili nel non darla vinta a Carole senza combattere, anche per paura che il padre pensasse che non tenevano a lui.

Quando iniziò la terapia, nessuno di questi pensieri venne espresso. Per quanto spiacevole, era più facile per ciascuno accusare, attaccare e scontrarsi con gli altri, piuttosto che esprimere desideri dolorosi e sentimenti di amarezza. La prima seduta fu animata e caotica, e la voce della terapeuta fu sovrastata ogni volta che tentava di intervenire. Facendo riferimento al SOFTA, sebbene tutti fossero coinvolti in terapia, c'era un alto senso di rischio (mancanza di sicurezza) e l'assenza di una comune condivisione circa il valore e lo scopo della terapia. Dato che Carole poneva il problema in termini di "o così, o niente", tutti i membri della famiglia vedevano solo la necessità di fare una scelta. In che modo la terapia poteva essere d'aiuto se le uniche possibilità sembravano la vittoria dell'una contro le altre, o viceversa? Se c'è una situazione di tipo vittoria-sconfitta, che importanza può avere il fatto che la terapeuta sia una persona carina e premurosa?

Come spiegato nel paragrafo seguente, questo caso evidenzia l'importanza di usare i legami emotivi e definire il senso di uno scopo condiviso per aumentare la sicurezza. La sicurezza è una questione prioritaria in queste situazioni, perché ciò che viene detto in una stanza di terapia quando si è arrabbiati può avere conseguenze disastrose. Quando le famiglie litigano a casa, hanno spesso metodi collaudati e sicuri per invertire l'escalation: qualcuno s'infuria, sbattendo le porte, altri si estraniavano e iniziano a sbrigare faccende da soli; oppure la discussione capita di mattina presto, prima della scuola o del lavoro, quando non può degenerare. Quando uno scontro avviene in una stanza di terapia, invece, la gente tende a sentirsi in trappola e potrebbe caricarsi dicendo qualcosa di talmente offensivo e malevolo che non può più essere perdonato o dimenticato.

Per aumentare la sicurezza in questa situazione, il terapeuta deve ridefinire il problema in termini che non siano a somma zero. In altre parole, riformulando gli obiettivi della terapia in modo non minaccioso per l'attaccamento familiare, il terapeuta potrebbe stemperare le paure intime di rifiuto e abbandono dei membri della famiglia. Un primo problema è rappresentato dal potere insito nell'ultimatum. Se la terapeuta fa capire che l'ultimatum di Carole è sbagliato, inappropriato o dannoso, la reazione

naturale di Carole sarà di fuggire. Potrebbe fuggire dalla famiglia, come anche dalla terapia.

Un altro problema è rappresentato dalla necessità di inserire un effetto drammatico e impressionante nella prima seduta, altrimenti la famiglia interromperà la terapia. Ricordiamo che Carole e Steve non sentivano la necessità di una terapia; l'invio era stato suggerito dal consulente scolastico. Le gemelle tredicenni non avevano idea di come la terapia le potesse aiutare a lasciarsi alle spalle Carole, e i sensi di colpa provocati da lei e da Steve. Secondo questi, infatti, le ragazze avevano dei problemi a scuola, ed era tutta colpa loro.

Nella prima seduta, la sfiducia e l'ostilità interne alla famiglia erano tangibili. Eppure una qualche forma di rabbia doveva essere espressa, affinché ognuno potesse sentirsi ascoltato. La terapeuta sapeva, comunque, che se avesse lasciato continuare le accuse reciproche senza controllo, sarebbe stato controproducente, se non dannoso.

Richiamando la loro attenzione veementemente, la terapeuta disse alla famiglia che, sebbene vedesse la rabbia e la sofferenza di tutti, non aveva intenzione di allestire un ring per farsi altro male a vicenda. Questo intervento le attribui in modo inequivocabile il potere, ed iniziò a calmare tutti. Anche se ancora troppo angosciati per pensare lucidamente, i quattro membri della famiglia furono rassicurati che la loro ostilità non sarebbe sfuggita di mano di fronte a un estraneo.

Allora, per aumentare ulteriormente la propria credibilità, la terapeuta fece un breve riepilogo del problema, evitando tutti i tentativi dei membri della famiglia di interrompersi, criticarsi o attaccarsi a vicenda. Successivamente, chiese a Steve e Carole di parlare di come si erano messi insieme. Mentre raccontavano di come si erano innamorati e della forte attrazione fisica reciproca, Carole iniziò a piangere in silenzio. Stupite dalla fragilità di questa potente figura autoritaria, le due ragazze si ammutolirono.

Mostrando comprensione ed empatia, la terapeuta commentò (con vaghezza volontaria) quanto Carole si fosse mostrata toccata da questa situazione. Poi, la terapeuta passò rapidamente a chiedere alle ragazze della loro vita. Quest'intervento in due tempi raggiunse diversi obiettivi contemporaneamente. Per prima cosa, la terapeuta stabilì un legame con Carole, che si sentì compresa e accolta. Secondo, concentrandosi solo brevemente sulla sofferenza di Carole e spostandosi subito sulle ragazze, diede a Carole il tempo di riprendersi. Terzo, quando la terapeuta coinvolse le gemelle in una conversazione disimpegnata sulla musica, sui ragazzi e sugli esami delle medie, anche le ragazze vennero agganciate. Concentrandosi sui loro interessi e argomenti di conversazione, la terapeuta fece capire che non le vedeva come "il problema", ma come interessanti e che le avrebbe prese sul serio, considerando il loro punto di vista.

Lentamente, la tensione in terapia scese e, mentre la seduta volgeva al termine, la terapeuta disse:

Avete carattere, voi quattro! E nonostante tutta la rabbia, vedo che ogni tanto sapete anche divertirvi e ridere insieme. Le famiglie dove ci sono genitori e figli acquisiti sono difficili, molto difficili, e sebbene vivete insieme da 3 anni ormai, non avete ancora capito come farcela, né se potete farcela. Mi piacerebbe aiutarvi in questo perché, sia che le ragazze vadano a vivere con la madre o meno, siete comunque una famiglia. E questa cosa non cambierà.

Riformulando il problema in termini di “capire come essere una famiglia ricomposta” la terapeuta evitò di schierarsi, ridefinendo il problema in termini che non fossero a somma zero, e inserendosi all’interno del sistema (“mi piacerebbe aiutarvi in questo”). Notando le reazioni non verbali della famiglia ai suoi commenti – le ragazze si erano sporte in avanti, i genitori si scambiavano occhiate – la terapeuta vide di aver catturato la loro attenzione e che i quattro si sentivano più sicuri, ora. Poteva permettersi di essere più diretta:

Ma non ho intenzione di accettare ultimatum, Carole, e se decidete di lavorare con me ci sono due condizioni. Primo, non ci devono essere grida, insulti e parolacce nel mio studio [Tacque per cercare il consenso. Le ragazze annuirono]. Secondo, non ci devono essere discussioni tra voi quattro su una possibile spaccatura della famiglia per almeno 12 settimane, mentre lavoriamo insieme. Nessuna discussione, si intende sia qui che a casa. Ci sono voluti 3 anni perché voi arrivaste a questo punto, e vi chiedo 12 sedute di terapia per lavorare insieme a me senza considerare i pro e i contro dell’allontanamento delle ragazze. Carole, non devi minacciare di andartene, e Steve, o le ragazze, nemmeno. La gente non si sente sicura e a proprio agio nel parlare di come sentirsi una famiglia, se pensa che l’altro può andarsene via da un momento all’altro. Dopo 12 settimane, vedremo a che punto siamo e solo allora potrete riconsiderare la decisione di stare insieme, se vorrete. Potrebbe anche essere, nel migliore dei casi, che questo non sia più un problema. In altre parole, vi sto proponendo di aiutarvi a diventare una famiglia in cui ognuno si senta a proprio agio e accettato. E ho tutte le ragioni per pensare che potete farcela. [La terapeuta continuò citando la forza e l’attaccamento reciproco dei vari membri].

Fu un intervento forte, che poneva dei limiti chiari, eppure dava delle speranze e poneva l’accento tanto sulle risorse quanto sui problemi. L’intervento fu possibile solo perché la terapeuta aveva ottenuto il controllo della seduta, bloccato l’escalation di accuse e ostilità, e stabilito un legame personale con ciascun membro della famiglia.

Il resto della seduta fu impiegato per dettagliare il contratto terapeutico e le due condizioni poste dalla terapeuta: nessuna ostilità in seduta e nessuna minaccia di spaccare la famiglia. In questo, la terapeuta normalizzò i contrasti familiari, disse apertamente che tutti stavano soffrendo e diede disposizione che, per il bene di tutti, nessuna decisione sul loro futuro doveva essere presa in un momento di rabbia o con rancore.

Come nel caso precedente di Daniel e Nadine, anche questa terapeuta diede alla famiglia una settimana di tempo per considerare la sua proposta. Steve e Carole avrebbero dovuto discuterla insieme come coppia e poi con ciascuna figlia separatamente, prima di ricontattare la terapeuta. Quest’ultima avrebbe accettato la famiglia in seconda seduta, solo se tutti avessero accettato le sue condizioni.

Questo caso illustra l’uso del legame emotivo con ognuno dei membri della famiglia allo scopo di riformulare il problema, da una situazione di vittoria-sconfitta a una caratterizzata da scopo comune: “cercare di capire come essere una famiglia ricomposta”. Nei successivi tre mesi, Carole e Steve andarono in seduta senza le ragazze in alcune occasioni, le ragazze andarono insieme con Steve o con Carole separatamente, e la famiglia andò come un unico gruppo di quattro persone. In queste sedute, Steve e Carole esplorarono il loro matrimonio e rinnovarono il reciproco impegno. Nel discutere

della loro genitorialità, Steve apprese quanto profondamente Carole era stata ferita non solo dal rifiuto delle ragazze, ma anche dal suo e Carole comprese che il suo ultimatum aveva messo Steve in una posizione senza speranza e senza aiuto. Carole e le ragazze scoprirono che potevano essere amiche e divertirsi insieme, senza che Carole potesse (o volesse) sostituire la madre in termini di affetto, pur assumendo un ruolo speciale e significativo nella vita delle ragazze. Per arrivare a questo punto, la voce si alzò molte volte nella stanza della terapia e molte lacrime si dovettero versare, ma questi sfoghi emotivi avvenivano al sicuro, perché la terapeuta aveva chiaramente il comando e nessuno poteva tagliare la corda in uno scoppio d'ira. In altre parole, la terapeuta utilizzò sagacemente l'alleanza con ciascun membro della famiglia per modificare lo sbilanciamento di potere e costruire un attaccamento in questa fragile famiglia ricomposta.

Cambiare cavallo in corsa

Le famiglie vengono spesso con un "biglietto d'ingresso", un problema attuale che i membri più autorevoli possono discutere con disinvoltura di fronte a uno sconosciuto. Anche se la persona indicata come "quella che ha il problema" può essere arrabbiata o imbarazzata, spesso questa ha scarso potere per opporsi all'etichetta di Paziente Designato. Non è che la famiglia velatamente scelga qualcuno su cui concentrarsi o nasconda consapevolmente un problema più grave (sebbene questo scenario è di certo possibile), è solo che il secondo problema resta nascosto sullo sfondo finché un membro della famiglia non si sente sufficientemente al sicuro per farlo emergere. Non sempre questa è una decisione deliberata e anzi la famiglia potrebbe non essere consapevole di come il problema nascosto sia connesso alla problematica dichiarata apertamente.

Quando il problema fondamentale viene definito, se i membri della famiglia si dividono sulla decisione di affrontarlo, la terapia potrebbe deragliare rapidamente. Gli Houghton, per esempio, vennero in terapia con la ventenne Tara e i suoi tre fratellini per l'insistenza della terapeuta individuale di Tara. Questa era la figlia problematica, essendo stata in terapia fin dai sedici anni per anoressia. Davanti alla possibilità di un ricovero, gli Houghton accettarono una terapia familiare ambulatoriale come ultima spiaggia. Tara era un bersaglio facile; dopo tutto, il suo problema era serio, poteva ammetterlo, e i genitori erano preoccupati. Tara e i genitori, Curt e Stephanie, non sapevano, comunque, che la terapia familiare poteva prendere deviazioni dal corso principale. Nonostante il problema di Tara mettesse a repentaglio la sua vita, e tutti fossero preoccupati del suo stato cronicamente a rischio, la questione più pericolosa era il gioco d'azzardo del padre. Dopo tre mesi di terapia familiare, proprio mentre Tara faceva passi da gigante verso la guarigione, quest'altro problema fu menzionato e messo sul tavolo. Stephanie, la madre di Tara, era arrivata a capire il nesso tra la dipendenza del marito e l'anoressia di Tara, ma Curt Houghton chiaramente no, né avrebbe ammesso pubblicamente che il suo comportamento avesse qualcosa a che fare con qualcun altro all'infuori di se stesso. Era il suo demone privato, non qualcosa che "interferisce con la terapia di mia figlia", e certo non qualcosa che gli altri fratellini avrebbero dovuto sapere.

Il dilemma per la terapeuta era che questo punto decisivo – discutere o meno del gioco d'azzardo di Curt – contestualizzava il seguito della terapia in termini di somma zero: Curt non avrebbe “giocato” se il suo problema fosse stato affrontato, mentre Stephanie non avrebbe giocato nel caso contrario. Tara, messa in mezzo, sembrava sul punto di aggravarsi. Nella settimana successiva alla prima volta in cui il gioco d'azzardo era stato citato, aveva perso quasi altri due chili, entrando in una zona molto pericolosa.

Questa, dunque, è una famiglia in cui un problema nascosto stravolge la terapia in termini di scontro orientato alla vittoria/sconfitta. Se il terapeuta è abbastanza addestrato, se la persona sotto pressione è sufficientemente in crisi e se l'alleanza è sufficientemente forte, si può sperare di recuperare la situazione. Per farlo, bisogna ridefinire il trattamento per includere anche il nuovo problema rilevato, ma in modo così delicato che la discussione non si allontani troppo dal contratto terapeutico precedente.

In termini di SOFTA, quando un evento che non può essere ignorato capita nella vita della famiglia, o un problema nascosto viene menzionato, il senso di uno scopo condiviso può svanire da un momento all'altro. Laddove prima della rivelazione della preoccupazione latente ciascuno era d'accordo sul bisogno di terapia, in quel momento tutto può andare a rotoli. L'ansia sale e per gestirla qualche membro della famiglia può riformulare il problema in termini rigidi di bianco o nero: o affrontiamo il problema ora oppure mollo tutto.

È qui che la conoscenza del funzionamento dei sistemi diventa cruciale. Laddove le famiglie tendono a vedere i propri problemi come differenti e distinti, il terapeuta deve guardare, al di là del contenuto, la funzione relazionale dei problemi. Stephanie e Curt avevano un patto implicito, tacito, di ignorare la gravità del gioco d'azzardo di Curt. Con gli anni, la tensione nella coppia si era concentrata sull'assenza di Curt (trascorrevano la maggior parte del tempo libero nei botteghini delle scommesse) e sugli irritanti tentativi di Stefanie di ricordare al marito la sua appartenenza alla famiglia. Il conflitto aperto veniva evitato, e Stephanie si era appoggiata sempre di più su Tara per ricevere conforto e vicinanza emotiva. All'inizio Tara aveva reagito concentrandosi sul dimagrimento e sull'esercizio fisico, cercando di non pensare al fallimento del matrimonio dei genitori. Alla fine, però, quando l'anoressia divenne palese, la preoccupazione per la salute di Tara aveva riavvicinato Curt e Stephanie. Quattro anni dopo, la famiglia presentava un pattern di deviazione del conflitto (*detouring*) (Minuchin, Rosman, & Baker, 1978). Per Curt, l'anoressia di Tara da un lato e il suo gioco d'azzardo incontrollato dall'altro, erano due cose ben distinte. Stephanie, comunque, aveva iniziato a vedere la connessione tra i due problemi. Decise di rompere il silenzio quando comprese che il suo matrimonio e la vita stessa di Tara dipendevano dal fatto che il problema di Curt fosse portato sotto controllo e alla luce.

Vedendola allo stesso modo, la terapeuta era intimamente d'accordo con lei. Senza una gestione accurata, comunque, poteva essere vista dalla famiglia (e specialmente da Curt) come se si schierasse da una parte. Diversi comportamenti in seduta segnalavano un'alleanza in pericolo. I membri della famiglia si accusavano a vicenda di entrambi i problemi; Stephanie tentò più volte, e apertamente, di far schierare la terapeuta dalla sua parte; l'ostilità era nell'aria; e Tara iniziò ad esprimere dubbi sul continuare la terapia. Arrivò addirittura a proporre di ricoverarsi, una cosa che aveva ferocemente avvertito in passato.

La terapeuta capì che nel giro di una settimana, da quando Stephanie aveva sollevato il problema di Curt, gli Houghtons erano passati dal vedere la terapia come un porto sicuro a considerarla una minaccia per l'integrità della famiglia e per il benessere di ciascuno, non solo di Tara. Fortunatamente, la terapeuta aveva stabilito forti legami emotivi con ciascuno e la precedente stabilizzazione del peso di Tara aveva dato sollievo e conforto ai genitori e ai fratelli. Ecco, dunque, come la terapeuta utilizzò il legame con Stephanie e Curt per invertire l'escalation e riformulare il seguito della terapia in termini diversi da quelli a somma zero:

Fermi tutti! Questa discussione non porta da nessuna parte, se non verso una maggior sofferenza e incomprensione! Capisco, Curt, che non consideri il gioco d'azzardo collegato a quello che facciamo qui per Tara, mentre tu, Stephanie, la vedi in modo diverso. Voglio che tutti facciano un passo indietro e facciano uno sforzo per rimetterci in carreggiata.

Sentendo tutto ciò, i membri della famiglia si rivolsero tutti verso la terapeuta, incuriositi. Stephanie si spinse in avanti, torcendo ansiosamente le mani. Curt, più cauto, assunse una posizione più rilassata. Dopo un breve silenzio, la terapeuta continuò:

Abbiamo iniziato la terapia tre mesi fa, per aiutare Tara a sentirsi meglio, a recuperare qualche chilo e ad iniziare a fare la vita di una normale ventenne, lavorando e uscendo con gli amici, giusto? [*Stephanie annuisce*]. Ma ora vediamo come tu, Stephanie, e tu, Curt, controllandola ad ogni pasto e concentrandovi solo sui suoi problemi e non sulla sua vita oltre questi problemi, abbiate alimentato l'anoressia. Volete bene a Tara, e siete preoccupati per lei, ma il vostro modo di preoccuparvi poteva diventare un ostacolo. Così, andando avanti, abbiamo iniziato a parlare di più di come rendere migliore la vita in famiglia per tutti, restituendo a Tara, aiutata dal suo terapeuta individuale, la gestione dei suoi problemi alimentari. Ora sono preoccupata che non facciamo lo stesso con Curt, concentrandoci e preoccupandoci dei suoi problemi in una maniera che non aiuti nessuno [*Curt annuisce empaticamente*]. Non sto dicendo che dobbiamo ignorare le tue preoccupazioni, Stephanie, o nasconderle o dimenticarcele. Anche Tara e gli altri fratelli sono preoccupati da tempo per Curt, e penso che aver menzionato questo problema familiare sia dopotutto una cosa buona, qualcosa che doveva venir fuori, prima o poi. Ma non ho intenzione di porre una scelta, tra discutere della vita di Tara o del gioco d'azzardo di Curt. Ciò che facciamo qui è comprendere come aiutare ognuno di voi, sostenendovi e rinforzandovi, senza ostilità o accuse, e senza mettervi spalle al muro. Solo quando ci si sente supportati, si possono affrontare i problemi e avere il coraggio di superarli.

La famiglia ascoltava attentamente e la tensione iniziò ad allentarsi. La terapeuta andò avanti. Chiese di vedere Curt e Stephanie da soli il giorno successivo, per discutere “dei problemi economici che stavano avendo”, sottolineando che questo è un problema “che riguarda gli adulti e che bisogna affrontare separatamente dai figli”. Le sedute di terapia familiare dovevano, invece, continuare concentrandosi su “come aiutare la famiglia a collaborare per risolvere i problemi, a star bene nel tempo che trascorrevano insieme, a sentirsi più vicini gli uni agli altri e fidarsi reciprocamente al punto di chiedere e ricevere aiuto, in un modo che fosse rispettoso e di supporto”. Il

punto era “imparare ad aiutarsi a risolvere i problemi senza ricorrere al controllo, alle accuse o alle minacce verbali”.

Così gli obiettivi e il valore della terapia familiare vennero formulati in termini relazionali, non in termini di questo o quel problema invalidante. Una ridefinizione era necessaria per vincere il pernicioso ultimatum che poteva o trasformare Curt nel paziente designato, oppure spingere la famiglia ad interrompere la terapia all'unisono. Così come sarebbe stato un errore ignorare il gioco d'azzardo fuori controllo di Curt, avrebbe potuto essere ugualmente problematico reindirizzare la terapia della famiglia in quest'ultima direzione. La dipendenza di Curt condizionava i figli, ma lo scontro era principalmente fra lui e Stephanie. Etichettarlo come un “tossicodipendente” e concentrarsi sui suoi fallimenti di fronte ai figli, sarebbe stato intollerabile per Curt. Senza dubbio, avrebbe rifiutato di continuare la terapia in queste condizioni. Inoltre, era chiaro, almeno alla terapeuta, che continuare questo argomento nelle sedute familiari poteva affliggere Tara più di quanto fosse in grado di tollerare, mettendo in pericolo il suo benessere e forse anche la sua vita.

Curt aveva imparato a fidarsi della terapeuta, avendo constatato il miglioramento nella vita di Tara dall'inizio delle sedute di terapia familiare, ed era disponibile a prendere in considerazione una discussione sul suo problema, purché i figli non assistessero. Quando, nella seduta di coppia, Stephanie diede a Curt il secondo ultimatum “fatti aiutare o vattene”, Curt fu disponibile ad affrontare il suo demone. Iniziò ad andare regolarmente agli incontri dei Giocatori d'Azzardo Anonimi e proseguì la terapia di coppia con Stephanie per due mesi settimanalmente per lavorare sul loro matrimonio, mentre le sedute di terapia familiare continuarono con minor frequenza.

Sebbene Curt non avesse mai compreso la relazione fra il suo comportamento e l'anoressia di Tara, sapeva che doveva smettere di giocare non solo per aiutare se stesso, ma per tenere unita la famiglia. Questa motivazione, accompagnata dalla fiducia e dall'apprezzamento verso la terapeuta, gli diede la spinta necessaria per sconfiggere la sua dipendenza. Sei mesi più tardi, Tara riusciva a combinare serenamente studio e lavoro, Stephanie e Curt stavano riscoprendo il loro amore reciproco, e anche i figli minori crescevano bene.

Navigare in acque pericolose

Essenzialmente, i conflitti a somma zero rappresentano un disaccordo intrafamiliare che o impedisce di raggiungere la condivisione dello scopo della terapia, oppure destabilizza una preesistente alleanza familiare solida. Nei precedenti paragrafi abbiamo discusso tre tipologie di problemi a somma zero: la necessità della terapia, gli ultimatum che minacciano l'abbandono e i conflitti su cosa affrontare in trattamento. Comune nelle soluzioni presentate era stato il rifiuto del terapeuta di definire gli esiti in termini che avrebbero previsto vincitori e vinti.

Il rifiuto del terapeuta di “giocare la partita”, rappresenta una sfida a quei membri della famiglia che formulano il problema in termini di tutto o nulla. Con il rifiuto, il terapeuta assume il controllo del processo, ricordando alla famiglia chi è al comando.

I clienti hanno il diritto di condurre la vita come desiderano, ma se vogliono l'aiuto del terapeuta per sbrogliare la matassa, hanno bisogno come minimo di prendere in considerazione le raccomandazioni del terapeuta.

Tuttavia rifiutare di giocare la partita e basta, senza offrire una prospettiva alternativa, è raramente efficace e può far sentire le persone ancora più disperate. Dopo aver catturato l'attenzione della famiglia, il terapeuta deve suggerire una soluzione pratica che possa incoraggiare, tenendo conto delle differenze. Nel caso di Nadine e Daniel, per esempio, il terapeuta ha trasformato il disaccordo della coppia sul bisogno di terapia, in una decisione più piccola e circoscritta: se tornare per una seconda seduta. Allora, coinvolgendo un marito riluttante e intimidito in una discussione non minacciosa, il terapeuta si è impegnato a creare un legame con lui che aumentasse il senso di sicurezza. Quando Daniel ha risposto positivamente ai tentativi del terapeuta di stabilire un legame emotivo, il terapeuta ha riformulato gli obiettivi della terapia. Non si trattava, come diceva Nadine, di aggiustare la loro vita sessuale insoddisfacente, ma piuttosto di raggiungere un nuovo livello di intimità in un matrimonio già forte.

Nel secondo caso, i Kemps erano giunti a chiedere aiuto quando i rapporti tra Carole e gli altri in famiglia si stavano deteriorando. Piuttosto che accettare l'ultimatum di Carole (o le figlie si trasferivano dalla madre oppure si sarebbe separata da Steve), la terapeuta ha rimosso le minacce di rottura e abbandono, prescrivendo che per dodici settimane di terapia non ci fossero discussioni su questa eventualità. Gli obiettivi della terapia così riformulati (cercare di capire come essere una famiglia ricomposta) hanno neutralizzato le accuse reciproche e le minacce di abbandono.

Infine, nel terzo caso illustrativo, Stephanie Houghton insisteva perché il contratto terapeutico venisse cambiato in corsa per concentrarsi sulla dipendenza dal gioco d'azzardo del marito. Curt resisteva fermamente. La terapeuta ha rifiutato di piegarsi alla richiesta di Stephanie, ma non ha accantonato questo grave problema. Al contrario, chiedendo alla coppia di venire da soli "per discutere le differenti opinioni sui problemi economici", la terapeuta ha rispettato il bisogno di Curt di salvare la faccia davanti ai figli, come anche il bisogno di Stephanie di affrontare ciò che vedeva come un problema insolubile.

Quando una famiglia vede la propria situazione rigidamente in termini di somma zero, il compito del terapeuta consiste nell'evitare l'implicita richiesta di decidere chi ha ragione e chi ha torto e nel modellare una soluzione efficace del problema. Per fare ciò, il terapeuta può deliberatamente insegnare ai clienti come arrivare a un compromesso, oppure modellarne uno indirettamente, attraverso l'azione: vale a dire facendo un passo indietro, ritardando una decisione, esaminando le alternative, riducendo l'ansia che circonda un ultimatum, oppure proponendo una soluzione che venga incontro ai bisogni di tutti.

Considerazioni speciali

In alcune circostanze, non è possibile alcun compromesso. La coppia avrà un bambino, oppure no. Si dovrà accogliere in casa il suocero, oppure no. Non è raro portare

il coniuge o il partner in terapia per annunciare un divorzio o una separazione. In queste situazioni, il terapeuta può fare ben poco, al di là di offrire supporto a chi viene respinto.

In altre circostanze, ciò che viene formulato in termini di somma zero può, alla fine, essere stemperato. Decisioni tipo “o bianco o nero” possono esitare in compromessi quando i clienti vengono incoraggiati a soppesare le due opzioni alla luce di altri aspetti della loro vita e a considerare le implicazioni di ogni possibile risultato dal punto di vista dello “sconfitto”.

Ad esempio, Sandra Janes voleva un figlio, ma Nat no. Nat avrebbe acconsentito alla richiesta di un figlio, se Sandra avesse accettato i limiti della sua capacità di tolleranza e non avesse fatto alcune richieste in particolare (per esempio, cambiare i pannolini, o rinunciare alle partite di golf del fine settimana). Sandra e Nat giunsero a questo compromesso quando il terapeuta chiese loro di trascorrere una settimana separati a prendere in considerazione la forza del loro amore reciproco e il valore che attribuivano al matrimonio. Sebbene temessero che, alla fine, la riluttanza di Nat a diventare padre comportasse il divorzio, decisero di correre il rischio. Dato che Nat sentiva di non aver ceduto del tutto a Sandra, era molto più tranquillo alla prospettiva della paternità di quanto non avesse prefigurato. E al momento della nascita, si innamorò della figlia al primo sguardo.

In questa situazione, era relativamente facile per il terapeuta evitare di schierarsi. Un'operazione del genere non è sempre possibile, comunque, specialmente quando sono in ballo salute o sicurezza. Eliza, settantaduenne, era una fumatrice accanita che aveva rifiutato tutti i tentativi dei figli di farla smettere. Spaventata dai dottori (il marito era morto all'improvviso per colpa di una malattia mal diagnosticata), Eliza rifiutò le cure mediche quando la sua bronchite fu complicata da una polmonite. In qualche modo, Eliza ne venne fuori. Quando la famiglia tornò in terapia, l'atteggiamento ostinato di Eliza sulla salute era l'unico argomento che Jayne e il fratello Nick erano disposti a discutere. Contando sul forte legame con Eliza, il terapeuta si unì al coro. Comunque, lo fece in modo da consentire a Eliza di salvare la faccia e mantenere la sua autorità genitoriale in famiglia. Cioè, il terapeuta spinse Eliza a prendere un appuntamento con il suo medico personale, dicendole “Sono sicuro che ti piacerà. A me piace e neanch'io sono un tipo facile con i dottori”. Fidandosi del terapeuta, Eliza accettò di fare una visita, ponendo le sue condizioni: che anche Nick, suo figlio, prendesse un appuntamento per sé. E questo fu fin troppo felice di accettare queste condizioni.

Eliza non correva un pericolo imminente, ma la sua ostinazione e paura avrebbero potuto comportare un grave rischio. Ci sono altre circostanze di salute o sicurezza, anche più gravi, in cui i terapeuti possono rischiare la disapprovazione dei clienti o anche la fine precoce del trattamento. Quando la salute di un bambino è compromessa da abuso o trascuratezza, ad esempio, l'unica azione da intraprendere consiste nel puntare tutto sulla protezione e sulla sicurezza. Ciò è vero anche quando ci sono nell'aria tentativi di suicidio o di omicidio. Sebbene il terapeuta potrebbe aver bisogno di allearsi con il membro della famiglia che richiede un provvedimento, dedicarsi in modo supportivo ed avere una sintonizzazione empatica verso la persona colpevole potrebbe mantenere intatta l'alleanza (vedi il caso clinico di Barbara Shawcross nel Capitolo 9).

Conclusioni

Nella vita di una famiglia, capita che i cambiamenti positivi siano lenti e perciò destabilizzanti. A volte avvengono solo quando un membro della famiglia spinge all'estremo un problema. A meno che l'ultimatum non richieda un intervento immediato e protettivo, la condotta migliore del terapeuta consiste nel ridurre l'ansia e l'atteggiamento difensivo, stabilire legami e riformulare il processo e gli obiettivi della terapia per enfatizzare i valori comuni e la collaborazione reciproca. Avvertendo la forza, la saggezza e il supporto del terapeuta, la famiglia potrà (più spesso che non) apprezzare un lavoro per una soluzione che eviti di dichiarare vincitori e vinti.

IL CONTROTRANSFERT DEL TERAPEUTA

Francine Noonan, una terapeuta in formazione, si sentiva sopraffatta, e se ne rendeva conto. La famiglia Ellison l'aveva spinta verso una tale impasse che iniziò a pensare in continuazione alla loro terapia, notte e giorno. Il suo supervisore commentò che Francine sembrava essere stata "risucchiata dentro" le dinamiche degli Ellison, ma cosa significasse in termini pratici non era chiaro. Tutto quello che sapeva era che bisognava ridirezionare la terapia di questa famiglia, se fosse stato possibile. Non era affatto convinta che la famiglia sarebbe tornata per un'altra seduta.

La famiglia Ellison - padre, madre e il figlio David - aveva cercato una terapia su richiesta di David. David, un tredicenne attraente, intelligente, socievole, artistico e molto empatico, era diventato sempre più depresso, arrabbiato e irritabile nell'ultimo anno. Attualmente si stava isolando dai genitori e dagli amici, dicendo che odiava se stesso e la sua vita. David spiegò di essere stato trattato "come un re" dai suoi, finché "era cambiato tutto", quando un anno prima il padre si era innamorato di un uomo e aveva deciso di andare a vivere con lui. Non avendo mai pensato che il matrimonio dei genitori fosse in pericolo, David era sconvolto. I suoi genitori non discutevano mai e, sentendosi vicino al padre, David pensava di vivere "una vita perfetta", finché accadde tutto questo.

Quando la famiglia venne in terapia, David viveva un po' dalla madre e un po' con il padre. Sebbene odiasse stare con il padre e il compagno, si sentiva ancora peggio dalla madre. Nella prima seduta, David espresse la sua rabbia verso i genitori per ciò che gli avevano fatto. Inoltre, disse che la storia d'amore del padre era "immorale"; e che questi avrebbe dovuto sentirsi colpevole "per aver infranto il giuramento matrimoniale." David era anche arrabbiato perché l'anno precedente aveva dovuto prendersi cura della madre, sostenendola emotivamente, mentre nessuno dei genitori si era posto questo scrupolo nei suoi confronti. Questi problemi stavano a cuore a David molto di più del fatto di sapere che il padre si fosse innamorato di un uomo. David ammise in effetti che era stata una sorpresa scoprire che il padre fosse gay, ma per lui questo non "era il vero punto".

Entrambi i genitori negavano di essere arrabbiati l'uno con l'altro, avendo affrontato per anni il problema dell'interesse del padre per gli uomini, prima della rottura

matrimoniale. Da quel momento, entrambi “avevano fatto progressi” nelle loro vite; venivano in terapia per David, non per loro stessi. Il padre si lamentava del cattivo umore di David e di quello che descriveva come l’“egocentrismo” di lui (il fatto che lo chiamasse al telefono molte volte al giorno). Il padre era dispiaciuto di vedere che il figlio e sua madre soffrivano, ma aveva preso questa decisione per la propria felicità. Non riusciva a capire perché avrebbe dovuto passare il resto della vita in un matrimonio infelice.

Durante la prima e la seconda seduta, Francine si sentiva vicina a David, non avendo mai incontrato un ragazzo così arguto e sensibile. Poteva intuire i suoi sentimenti e le pareva di conoscerlo da sempre. I genitori di David, comunque, erano un’altra storia. Francine riusciva solo a sentirsi un po’ meno infastidita dalla madre, rispetto al padre. In supervisione Francine descrisse entrambi i genitori come “narcisistici” ed “emotivamente inaccessibili” nei confronti di David. In seduta si sentiva obbligata a parlare al posto di David, sottolineando ripetutamente ai genitori quanto e perché soffriva. Quando David disse, piangendo, di odiarsi, entrambi i genitori restarono seduti e fermi al cospetto di questo sfogo emotivo, con gli occhi bassi. Francine sentì di doverli scuotere.

La reazione di Francine alla famiglia Ellison era intensa, ma comprensibile. Vedeva chiaramente la drammaticità della situazione di David, ma riusciva a comprendere poco il dolore dei suoi. Dato che erano venuti in terapia pregati da David, nessuno dei due genitori si sentiva coinvolto personalmente nel processo. In fondo, si comportavano da Ospiti; la loro opinione era che il compito di Francine consistesse nell’aiutare David con il suo sconvolgimento.

Le molte facce del controtransfert

Come mai, dunque, Francine era stata “risucchiata” nel sistema emotivo della famiglia? Per dirla con Bowen (1976), vedendosi come il difensore di David, era venuta a trovarsi in un triangolo emotivo accanto a lui e contro i suoi genitori. Nel sistema emotivo degli Ellison, coinvolgere una terza fazione (cioè triangolare) era il metodo migliore per ridurre la tensione tra i membri della famiglia. Prima che il padre di David incontrasse il suo amante, anche sua madre ne aveva avuto uno, e prima ancora lo zio paterno di David aveva vissuto con loro cercando di mediare la dissoluzione del matrimonio degli Ellison. Dal punto di vista sistemico, Francine aveva abbandonato la neutralità. Assumendo il ruolo di giudice, aveva imposto i suoi significati alla storia familiare e indirizzato il processo verso i suoi fini (Nichols, 1987): fare in modo che i genitori di David chiedessero scusa a lui per il dolore che gli avevano procurato. Alternativamente, dal punto di vista della terapia strutturale (Minuchin Fishman, 1981), Francine era stata risucchiata nel sistema familiare quando aveva smesso di concentrarsi sulle interazioni reciproche dei membri della famiglia e si era schierata accanto al figlio contro i genitori.

Nel loro primo libro sulla terapia familiare strutturale, *Families of the slums*, Minuchin e colleghi (1967) distinguevano l’essere risucchiati (*suction*) dall’induzione

(*'induction'*, cioè il processo naturale, forse inevitabile, per cui il terapeuta si trova ad adottare i pattern transazionali tipici della famiglia) e dall'accomodamento (*'accommodation'*, cioè l'uso deliberato dell'induzione a beneficio della terapia). Secondo Minuchin e colleghi, l'essere risucchiati corrisponde a un'induzione non pianificata, che avviene quando il terapeuta sente di essere spinto dalla famiglia a comportarsi in modo contrario alle sue decisioni. Gli Autori spiegano come le famiglie multi-problematiche abbiano "pattern estremamente inflessibili e stereotipati di interazioni disturbate [che] sottopongono il nuovo membro, il terapeuta, a una spinta notevole a reagire secondo linee di condotta in armonia con l'organizzazione prevalente familiare" (p. 285).

Termini come *essere risucchiati e perdita della neutralità* (Boscolo, Cecchin, Hoffman & Penn, 1987) sono quanto di più vicino ai processi controtransferali sia mai stato riconosciuto dai teorici classici dei sistemi in terapia familiare. Un'eccezione è costituita da Carl Whitaker (Neill & Kniskern, 1982), che abbracciò il significato e il termine di controtransfert, utilizzandolo per portare alla luce pericolosi non detti nella vita dei clienti, come impulsi incestuosi e rabbia omicida.

Al contrario delle spiegazioni psicoanalitiche, in cui il controtransfert viene considerato come il frutto di relazioni emotive irrisolte del terapeuta stesso, nel pensiero sistemico le reazioni problematiche tendono ad essere attribuite alle relazioni disfunzionali interne alla famiglia. Nel caso precedente, ad esempio, erano stati l'inflessibilità, la mancanza di differenziazione e l'elevato livello di ansia degli Ellison, come anche la loro tendenza alla triangolazione e il fallimento genitoriale nell'allevare il figlio, a contribuire alle difficoltà che Francine aveva incontrato nel lavorare con loro.

Molti teorici recenti (per esempio, Flaskas, 1989; Flaskas & Perlesz, 1998; Leupnitz, 1988; Nichols, 1987; Pinsof, 1994) hanno mosso critiche all'enfasi posta tradizionalmente nella terapia familiare sulla strategia e sulla tecnica, proponendo che la comprensione del contributo personale del terapeuta al processo meritasse tanta attenzione in terapia familiare quanta ne riceveva nella terapia individuale. In questo Capitolo ci concentreremo sul controtransfert del terapeuta, buono o cattivo che sia, cioè sia esso una porta d'accesso ai processi emotivi nascosti della famiglia, oppure un ostacolo a un trattamento efficace. La sezione seguente presenta a) le definizioni classiche e contemporanee del controtransfert e b) le applicazioni di questo costrutto al lavoro con le coppie e le famiglie.

Definizioni classiche e contemporanee del Controtransfert

Definito per la prima volta da Freud (1910/1959) come immagine speculare del transfert, il controtransfert è stato descritto come evidente quando l'analista agisce i propri conflitti e difese inconsci nella relazione terapeutica. Come esempio, una paziente si taglia ripetutamente nel tentativo disperato di catturare l'attenzione dell'analista, eppure l'analista resta freddo, distante, cercando inconsapevolmente di distanziarsi da questa paziente problematica, che lo fa sentire impotente. Nella definizione classica, il controtrasfert è un ostacolo perché, come mostra l'esempio, le questioni personali

e le reazioni problematiche dell'analista possono danneggiare il processo terapeutico, danneggiando il transfert (Hedges, 1992).

Questa iniziale definizione di controtransfert è stata continuamente messa in discussione nella comunità psicoanalitica, a partire dalla metà del ventesimo secolo quando i teorici (vedi Little, 1951; Winnicott, 1949) evidenziarono l'importanza di prendere in considerazione tutte le reazioni emotive dell'analista, indipendentemente dall'origine, al fine di comprendere il nucleo conflittuale del paziente. Da questo punto di vista, le reazioni difensive da parte dell'analista, sia quelle consapevoli che quelle inconse, potrebbero emergere tanto da attaccamenti emotivi irrisolti, quanto semplicemente dalle provocazioni del paziente.

Una linea intermedia è emersa in questo dibattito negli ultimi 30 o 40 anni (Hayes et al., 1998). Opponendosi all'opinione generale di un controtransfert inteso come qualunque reazione emotiva nei confronti del cliente, Greenson (1967) ha distinto il controtransfert dall'alleanza di lavoro e da ciò che ha definito la *vera relazione* con il cliente da parte dell'analista. Secondo Greenson, il controtransfert non è né il legame realistico e genuino che si sviluppa naturalmente col tempo tra le persone (cioè, la vera relazione), né l'importante componente emotiva che contraddistingue la buona collaborazione terapeutica (cioè l'alleanza). Seguendo questa linea di pensiero, i teorici interpersonali definiscono il controtransfert come ogni reazione emotiva conflittuale da parte del terapeuta scatenata dalle richieste relazionali del cliente (vedi Epstein & Feiner, 1979). In questo modo, il controtransfert non è solo un prodotto di reazioni inconse, ma può anche emergere da difficoltà nella storia personale del terapeuta, in particolare nelle sue relazioni familiari precoci (Blanck & Blanck, 1979; Gelso & Carter, 1985, 1994). Con gli Ellison, ad esempio, l'intensa reazione di Francine Noonan potrebbe riflettere elementi irrisolti del suo passato, come aver avuto genitori negligenti o semplicemente un'adolescenza problematica, stimolati dal disagio di David e dall'apparente freddezza emotiva dei genitori.

Secondo i teorici delle relazioni oggettuali (vedi M. Klein, 1946; Searles, 1963), una forma del transfert, l'identificazione proiettiva, avviene quando le persone scaricano le proprie emozioni più angoscianti proiettandole sugli altri. Comportandosi coerentemente con le proprie proiezioni, un cliente può effettivamente indurre il terapeuta a provare sentimenti disdicevoli e magari anche ad agirli. Ciò può essere spiegato sinteticamente in questo modo:

La teoria è questa: all'interno della terapia (e non solo) può capitare che la persona o la famiglia provino sentimenti ingestibili, inaccettabili o anche solo difficili da sostenere. Questi sentimenti vengono scissi e trasmessi nel contesto della relazione con il terapeuta. Il terapeuta, a sua volta, si appropria di questi sentimenti e li prova, almeno inizialmente, come fossero propri (Flaskas, 1989, p. 3).

Il fallimento nel contenere e risolvere l'identificazione proiettiva del cliente può esitare nella "mancata alleanza terapeutica" (Slipp, 1984, p. 74). I terapeuti dovrebbero considerare la possibilità di un'identificazione proiettiva quando si trovano a provare sentimenti insoliti o estremi, nei confronti di un cliente, che non hanno origine chiara. Nel caso degli Ellison, si potrebbe sospettare un'identificazione proiettiva se Francine

non avesse conflitti personali su temi quali il divorzio, l'omosessualità, la trascuratezza emotiva o l'abbandono. Le sue reazioni estreme, comunque, potrebbero anche essere comprese come un'identificazione inconscia nei confronti di una rabbia negata da parte dei genitori di David.

Alcuni ricercatori contemporanei (vedi Hayes et al., 1998; Rosenberger & Hayes, 2002) hanno cercato di definire il controtransfert identificandone origini potenziali (i conflitti irrisolti), per quali motivi viene stimolato (gli eventi terapeutici che si ricollegano a questi conflitti), manifestazioni (cognitive, emotive o comportamentali) e conseguenze. Interviste approfondite con terapeuti esperti hanno suggerito che nella terapia individuale, le reazioni controtransferali capitano molto di più quando i terapeuti vedono i clienti sotto una luce negativa o quando vengono discussi i conflitti familiari (Hayes et al., 1998). Sebbene non tutte le manifestazioni controtransferali ostacolano il processo terapeutico, il trattamento è facilitato quando i terapeuti riescono a riconoscere e a gestire in modo costruttivo le proprie reazioni emotive (Gelso & Hayes, 2002).

Resta tutto in famiglia

Anche con terapeuti esperti, il controtransfert rappresenta un'evenienza frequente e, dato che non è possibile riferire su questo fenomeno in modo affidabile, la sua prevalenza potrebbe anche essere maggiore di quanto si sospetti (Hayes et al., 1998). In effetti, questo fenomeno potrebbe essere frequente nello scenario della coppia e della famiglia almeno quanto lo è in terapia individuale. Si potrebbe anche ipotizzare che il controtransfert sia più comune nel trattamento congiunto, in cui i drammi familiari vengono interpretati *dal vivo*, rispetto alla terapia individuale, in cui il cliente si limita a riferire sulle esperienze familiari (Nichols, 1987).

Sebbene non vi sia una letteratura empirica sul controtransfert nel contesto familiare, alcune ricerche suggeriscono che si abbiano più frequentemente interruzioni anticipate della terapia o risultati insoddisfacenti quando i terapeuti si mostrano sulla difensiva o provano sentimenti negativi verso i membri della famiglia (Firestone & O'Connell, 1980; Shapiro, 1974; Waldron, Turner, Barton, Alexander & Cline, 1977). In uno studio qualitativo (Sells et al., 1996), i clienti erano in grado di identificare e descrivere prontamente gli eventi terapeutici controproducenti, ma i loro terapeuti non erano in grado di esprimersi sull'argomento, dimostrando che i clinici potrebbero avere una qualche difficoltà a vedere ciò che non funziona in terapia. Dal punto di vista del cliente, i terapeuti erano inefficaci quando non riuscivano a comprendere o affrontare il problema, si ponevano obiettivi poco chiari, non dedicavano lo stesso tempo a tutti o avevano priorità differenti dai bisogni della famiglia.

Logicamente, se il controtransfert origina da conflitti sorti nelle relazioni familiari primarie (vedi Blanck & Blanck, 1979), concentrarsi in modo esplicito sui legami familiari può riattivare i conflitti infantili -consapevoli o inconsci- del terapeuta stesso, così come i conflitti attuali del terapeuta nel suo ruolo di genitore o coniuge. Per questo motivo, Bowen (1976) insisteva tanto affinché i terapeuti si dedicassero con impegno a "de-triangolarsi" dai processi emotivi tossici nelle proprie famiglie di origine. Se Francine, ad esempio, si fosse sentita emotivamente abbandonata dai suoi stessi

genitori (divorziati o meno), osservare il disagio di David Ellison di fronte alla scarsa responsabilità dei genitori potrebbe ben giustificare il suo sdegno. E se Francine stessa fosse stata sul punto di divorziare? Confrontare il proprio atteggiamento verso i figli con quello degli Ellison verso David potrebbe spiegare una presuntuosa indignazione da parte di Francine.

È importante notare che i terapeuti familiari di orientamento psicoanalitico hanno scritto meno sul controtransfert rispetto al potere del transfert all'interno della famiglia stessa, usando vari termini per descrivere il fenomeno, come *creazione del capro espiatorio* (Vogel & Bell, 1960), *scambio delle dissociazioni* (L. C. Wynne, 1965), *assegnazione irrazionale del ruolo* (Framo, 1970). Una moglie, ad esempio, vive il comportamento controllante del marito come, durante la crescita, ha vissuto l'atteggiamento dominante del padre. Nel rimproverare il marito perché soffocante, sta inconsciamente accusando il padre. Possono avvenire transfert e identificazioni proiettive ancor più complicati, come nel caso di una moglie che si comporta in modo controllante verso il marito, proiettando su di lui l'impotenza che aveva provato in risposta all'atteggiamento tirannico del padre.

Sebbene siano pochi gli scritti sul controtransfert da parte dei terapeuti familiari orientati analiticamente, essi sono comunque assai istruttivi. Scharff (1989) definisce il controtransfert come "la totalità delle reazioni affettive che avvengono quando una famiglia produce un impatto che colpisce il terapeuta al di là della sua capacità consapevole e relativamente ragionevole di comprendere", spiegando che "[il] sistema di relazioni oggettuali familiare raggiunge un'area dell'inconscio del terapeuta in cui risuona con le relazioni oggettuali proprie del terapeuta" (p. 424). Per illustrare questo processo, Nichols & Schwartz (2004) descrivono il caso di Gwen e Andrew, le cui "reazioni virulente" reciproche sul denaro scatenavano uno sforzo eccessivo di pacificazione da parte del terapeuta (p. 244). Agendo sui suoi propri bisogni e proiezioni, il terapeuta era fin troppo ansioso di promuovere l'armonia coniugale nella coppia. In seduta aveva corto-circuitato ciò che avrebbe potuto essere un'esplorazione terapeutica importante della rabbia e del risentimento di lunga-durata che Gwen e Andrew esprimevano l'uno con l'altro.

Affrontando l'induzione controtransferale verso il sistema familiare, Nichols (1987) ha spiegato che i terapeuti sono spesso coinvolti nell'"interpretare una parte mancante" nella famiglia (p. 276). Nichols notò, comunque, che il concetto di induzione è piuttosto meccanico e trascura il lato umano del dramma. Per vitalizzare questo concetto, Nichols distingueva tra identificazione *concordante* con i membri della famiglia e identificazione *complementare*, che possono entrambe emergere da bisogni personali, conflitti e difese propri del terapeuta in relazione con quelli della famiglia. Nell'identificazione concordante, il terapeuta è sintonizzato con i bisogni della famiglia, interpretando un ruolo genitoriale, per esempio, qualora i genitori siano inefficaci e impotenti. Nell'identificazione complementare, il terapeuta agisce in contrasto con i bisogni della famiglia, tipicamente come risultato dell'identificazione proiettiva dei clienti. Si può citare ad esempio il caso di un padre separato, precettato dal tribunale, che evita passivamente di coinvolgersi nel trattamento cancellando o mancando appuntamenti e al quale il terapeuta risponde con scontrosa ostilità (come dire, agendo la rabbia repressa del padre verso le figure autoritarie).

Sebbene i teorici delle relazioni oggettuali familiari (come Scharff & Scharff, 1987; Slipp, 1984) abbiano affrontato poco il controtransfert nei loro scritti, comunque chiariscono che “essere risucchiati” (Slipp, 1984, p. 74) nella danza emotiva della famiglia costituisce una minaccia per il trattamento. Come ha spiegato Slipp, una forte “mancata alleanza” può risultare da un processo familiare di identificazione proiettiva che utilizza il terapeuta per mantenere uno status quo disfunzionale. Cioè, assediato da ogni lato dal “fuoco congiunto dei transfert” della famiglia (Schaff, 1989, p. 423), il terapeuta involontariamente collude con la disfunzionalità familiare minimizzando, ad esempio, la sofferenza provocata da un coniuge all’altro, oppure lasciando stare le prepotenze familiari senza metterle in discussione.

In contrasto con i teorici delle relazioni oggettuali, i teorici dei sistemi tendono a concentrarsi meno sui rischi del controtransfert e di più sull’uso positivo del sé in terapia (vedi Ackerman, 1966; Minuchin & Fishman, 1981; Satir, 1964; Whitaker & Keith, 1981), entrando nel sistema in modo compatibile con la cultura, lo stile linguistico o il livello di energia della famiglia. Con l’eccezione di Whitaker, che vedeva il controtransfert come inevitabile se il terapeuta voleva avvicinarsi alla famiglia per produrre un cambiamento (Neill & Kniskern, 1982), i primissimi teorici erano riluttanti a usare il termine intrapsichico di *controtransfert*. Cionondimeno, erano pronti a riconoscere le reazioni problematiche dal versante del terapeuta. Bowen (1976), pur non interessato al contenuto dei conflitti personali del terapeuta o della famiglia, affrontando l’argomento proponeva che “la responsività emotiva automatica che opera implicitamente in tutte le relazioni, è la stessa nella relazione terapeutica. Appena una persona esterna vulnerabile entra in contatto emotivo valido con la famiglia, diventa parte di essa, indipendentemente da quanto lo neghi (p. 348)”. Minuchin (1974) descrisse come un giovane terapeuta potesse non apprezzare in pieno il punto di vista dei genitori:

La terapeuta -una giovane single- sente che i genitori, in particolare il padre, non stanno favorendo i figli nell’autonomia necessaria o adeguata all’adolescenza. Vede i figli lottare per liberarsi dalla eccessiva rigidità dei genitori e diventa fortemente affiliata al sottogruppo dei fratelli. Come risultato, il padre aumenta le richieste di controllo e diviene progressivamente meno efficace. La moglie si ritrova messa in mezzo, tra un marito sempre più richiedente e impotente e i figli, che ora hanno un forte sostegno dal terapeuta.

Controtransfert nel bene e nel male

Alcuni problemi familiari sono ben peggiori di altri. Riassumendo l’esperienza clinica tratta dal lavoro con famiglie incestuose, McElroy e McElroy (1991) hanno notato che in questi casi il controtransfert poteva riflettersi in una notevole rabbia e distanziamento dal genitore abusante, una stretta alleanza con il genitore non protettivo e un desiderio forte di trarre in salvo il bambino abusato. Nella forma più deleteria, il controtransfert può portare il terapeuta a colludere con l’abusante nel negare la gravità dell’abuso.

L'abuso infantile di qualunque tipo produce spesso forti reazioni nei terapeuti. Sebbene sia naturale per un clinico voler proteggere una vittima e punire un'abusante, un modo per determinare se il controtransfert stia operando in queste (o altre) situazioni cliniche, consiste nel considerare in che grado le reazioni del terapeuta siano d'intralcio al suo lavoro. Proteggere l'abusante è sicuramente una reazione estrema, ma ci sono anche manifestazioni di controtransfert più sfumate. Iper-identificandosi con la vittima, il terapeuta potrebbe dar vita a una competizione con il genitore inefficace non abusante (McElroy & McElroy, 1991) mostrando, ad esempio, preoccupazione e cura estreme per il figlio.

Il passaggio dal riconoscimento delle manifestazioni del controtransfert nel lavoro con le famiglie alla prognosi degli effetti sull'alleanza non è così difficile. Quando i membri della famiglia sono visti rigidamente come vittime o carnefici, senza alcuna attenzione per i fattori sistemici, contestuali e personali che contribuiscono a questi ruoli, si compromette seriamente la competenza del terapeuta a coinvolgersi e stabilire legami con ciascuno. Se la famiglia non arriva ad abbandonare il trattamento, il processo terapeutico potrebbe comunque stentare a causa di un'alleanza scissa (v. Capitolo 9).

Oppure l'alleanza potrebbe essere compromessa per il fallimento del terapeuta nel garantire la sicurezza. Stacy si era trasferita in un ostello con il figlio dopo che il fidanzato, Luke, aveva bruciato con la sigaretta le braccia del bimbo. Reagendo intensamente a questa storia, il terapeuta applaudì alla mossa di Stacy e stabilì uno stretto legame emotivo con lei, impiegando gran parte del tempo delle sedute familiari nel discutere la sofferenza emotiva di Stacy per quello che era successo. Purtroppo il terapeuta non aveva chiara l'intera storia. Per la verità, anche Stacy faceva abusi e l'incidente della sigaretta era capitato durante una delle tante litigate tra lei e Luke, causate dall'alcol. Stacy era fin troppo desiderosa di scaricare tutta la colpa su Luke e il terapeuta non volendo rinforzò questa posizione. I figli, di sei e otto anni, erano troppo impauriti per raccontare la verità, specialmente ora che l'unico adulto su cui potevano contare era quello che aveva fatto loro più male.

Come descritto nel Capitolo 7, è difficile costruire il senso di uno scopo condiviso quando i membri della famiglia sono in conflitto e si accusano reciprocamente. La famiglia Ellison rappresenta uno di questi casi. L'iper-identificazione di Francine con David la rese una sorta di portavoce, cosa che, andando avanti, produsse un sempre minor coinvolgimento in terapia da parte dei genitori. Dopo la terza seduta, i genitori vivevano la terapia come una prova di resistenza. Era solo una questione di tempo prima che decidessero di averne avuto abbastanza. Se Francine fosse stata meno presa dalla condizione drammatica di David, avrebbe magari potuto creare un luogo sicuro per i membri della famiglia, per esplorare come preservare e migliorare le loro relazioni reciproche.

In supervisione, Francine ammise che nel lavorare con gli Ellison il suo controtransfert aveva a che fare più con le problematiche della genitorialità, che con il problema del divorzio o della scelta di vita omosessuale. Non era però così semplice come sembrava. Certo, incolpava i genitori di David per la loro distanza emotiva, ma l'identificazione con David e i sentimenti di rabbia verso i genitori erano anche alimentati dal grande bisogno di salvare il ragazzo e dalla sua personale convinzione che in famiglia i bisogni dei figli vengono prima degli altri.

Quando i terapeuti riescono a riconoscere che le loro reazioni nei confronti dei membri della famiglia sono eccessive e che l'alleanza ne sta soffrendo, hanno l'opportunità di ribaltare la situazione e di apprendere qualcosa su loro stessi all'interno del processo. Devono per prima cosa prendere in considerazione l'origine del proprio controtransfert e gli eventi terapeutici che potrebbero aver scatenato le reazioni estreme. È a questo punto che diventa utile la ricerca sul controtransfert in terapia individuale. Nelle interviste di Hayes e colleghi (1998) con terapeuti esperti, gli aspetti personali legati alla genitorialità, all'essere coniuge e ai problemi della famiglia di origine erano le cause più frequenti di reazioni controtransferali. I terapeuti, inoltre, identificavano anche la propria grandiosità, come anche il narcisismo e la svalutazione della dipendenza, quali fattori clinici che contribuivano. Il controtransfert tendeva ad essere scatenato anche dal materiale clinico collegato alla morte o da questioni relative alla famiglia di origine; dall'attivazione emotiva; dalle percezioni negative verso i clienti (specialmente dei clienti dipendenti o non collaborativi); e dai vissuti sulla relazione terapeutica, sull'andamento del trattamento e sulla chiusura.

L'idea che i terapeuti possano servirsi del riconoscimento del controtransfert a scopo terapeutico non è nuova, ma riuscire a farlo nel contesto del lavoro con le famiglie e le coppie è ben più complicato. Prendete ad esempio una terapeuta che si sente attratta da un uomo la cui moglie è critica ed emotivamente disimpegnata. In seduta, quando la coppia comincia a discutere problemi sessuali, la terapeuta si rende conto dell'attrazione per il marito, che vede come insolitamente aperto e autentico. Se fosse una terapia individuale, la terapeuta avrebbe dovuto solo preoccuparsi dell'eventuale riconoscimento dei suoi sentimenti da parte del cliente. Con la moglie presente in terapia, l'evidenza dell'attrazione della terapeuta potrebbe avere un impatto deleterio sull'alleanza e sul matrimonio stesso.

Prendiamo in considerazione il terapeuta che lavora con Stacy, la ragazza madre descritta in precedenza. Varie settimane dopo l'inizio del trattamento, Stacy arrivò in seduta sconvolta perché il Servizio Sociale per la Tutela dei Minori aveva indagato su dei lividi recenti che erano stati scoperti dall'infermiera della scuola. Quest'informazione allarmò il terapeuta, portandolo per la prima volta a considerare che Stacy stessa potesse comportarsi in modo violento verso i figli. Riflettendo sul proprio zelo nel supportare e confortare Stacy, il terapeuta riconobbe l'errore, ricollegandolo alla propria storia personale. Essendo stato picchiato molte volte dal padre, si era distanziato dai figli di Stacy per non entrare in contatto con il loro dolore. Si era invece concentrato sul coraggio di Stacy di allontanare i figli dal padre, cosa che aveva sempre rimproverato a sua madre di non aver fatto.

Considerando la possibilità che il controtransfert avesse messo in pericolo la vita dei bambini, il terapeuta non si dava pace colpevolizzandosi e vergognandosi. Dopo essersi consultato con i colleghi, ad ogni modo, fu in grado di reindirizzare la terapia. Quando divenne consapevole di essere stato fuorviato, fece in modo di accantonare i suoi sentimenti personali e di concentrarsi su quello che avrebbe potuto fare per la famiglia. Con l'aiuto dei colleghi, il terapeuta si accorse che la forte alleanza che aveva con Stacy poteva aiutare quest'ultima ad affrontare cosa aveva fatto e a motivarla a collaborare in modo differente. Alla fine Stacy arrivò ad assumersi la responsabilità delle sue azioni, desiderosa di superare i problemi e preservare la famiglia.

Il terapeuta accorto, che non ha paura di riconoscere l'intero spettro dei suoi sentimenti verso il cliente, può usare questa conoscenza in modo terapeutico. Nel caso che segue, un terapeuta descrive come il controtransfert e l'identificazione proiettiva siano stati di aiuto nella comprensione di una famiglia in crisi.

Lo stomaco mi si rivolta sempre di fronte a un abuso, e mi accorsi che la storia dei genitori ..., che avevano creduto che la figlia di cinque anni fosse posseduta, l'avevano spogliata nuda e spinta sotto la doccia, mi scatenava una reazione particolare. Per dirla in modo chiaro, non mi piace occuparmi di abuso, lo trovo difficile e duro. Mi ritrovo a distanziarmi da queste emozioni, e non mi sorprende che, per un certo periodo, non riuscissi a entrare in contatto con il padre e la madre, li guardavo, ma non riuscivo veramente a vederli. Infatti, quando la madre diceva che gli occhi della figlia erano il male, pensavo "i tuoi occhi sono il male". Ora, potevo a mala pena censurare questo pensiero, dicendomi che era una cosa molto brutta da pensare per un terapeuta, per non dire lineare, e decisamente non utile a mantenere il coinvolgimento. Ma mi sembra di non essere stato il solo coinvolto in questo genere di reazioni emotive. La madre chiaramente aveva trovato insostenibile il livello di rabbia e di paura della figlia, e lo aveva affrontato non come se fosse una bambina di cinque anni, ma come una posseduta da uno spirito maligno. La bambina a sua volta probabilmente aveva risposto alla madre proprio come me: sei cattiva; no, tu lo sei; no, sei tu – e così avevano iniziato a passarsi la "patata bollente" emotiva tra i vari membri della famiglia. Come terapeuta mi ero guadagnato un posto in famiglia e la mia reazione era stata di seguire la stessa modalità. Nel periodo in cui non ero entrato in contatto con i genitori, avevo sempre la figlia in mente in terapia e penso che a un certo punto devo aver preso il suo posto in famiglia, e provato ciò che lei provava. Era scomodo coinvolgersi in quel tipo di relazione e probabilmente non ero il solo a sentire fastidio e paura (Flaskas, 1989, pp. 3-4).

Quando, come in questo caso, gli intrecci familiari comportano identificazioni proiettive fuori controllo, i terapeuti possono riflettere su questa esperienza, confrontarla con la propria storia e le aree di vulnerabilità e intervenire sulla base di queste.

I terapeuti che non si vergognano di esprimere i propri sentimenti autentici possono, nelle circostanze appropriate, avere un impatto potente sull'esperienza dei loro clienti. Come esempio, considerate il lavoro di Alicia con i Boyd -Jack (il padre) e la quattordicenne Ashley- che erano stati inviati in terapia dal funzionario della libertà vigilata della contea dopo che Ashley era scappata da casa. Dopo una serie di false partenze in cui Jack aveva cancellato appuntamenti o non si era presentato, Alicia fu pian piano in grado di coinvolgere lui e Ashley in una conversazione leggera su "crescere al giorno d'oggi" a differenza di quando Jack era ragazzo. Alicia sapeva che la madre di Ashley aveva lasciato la famiglia quattro anni prima, per poi morire di overdose a centinaia di chilometri di distanza. Da quando se n'era andata, Jack aveva imposto la regola di non parlare mai di lei ed era particolarmente contrariato dal farlo in terapia.

Dopo varie sedute, Alicia faceva un grande sforzo per contenere la sua rabbia nei confronti di Jack, che aveva mostrato di sé nient'altro che sarcasmo, accuse e critiche. Vedendo che un profondo senso di tristezza la prendeva di fronte a questi clienti, Alicia temeva di fungere da contenitore a un cumulo di dolore troppo grande da sostenere

per la famiglia. Insieme a rabbia e tristezza, Alicia scoprì di voler accudire e confortare Ashley, che sembrava disperatamente bisognosa di tenerezza, nonostante la sua aggressività difensiva.

Intuendo la profondità del transfert e delle emozioni nascoste che stava provando in prima persona, Alicia sapeva che giocare un ruolo materno con Ashley non avrebbe permesso di agganciare Jack e fatto ben poco per avvicinare tra loro padre e figlia. Inoltre Alicia non avrebbe potuto essere la madre di Ashley e il fatto di assumere questo ruolo, a lungo termine, sarebbe stato dannoso.

Alicia chiese a Jack di parlare con Ashley della madre, una richiesta cui Jack si oppose ferocemente. Jack cancellò il successivo appuntamento. Sebbene Alicia fosse preoccupata che quella strategia fosse stata un grave errore, la famiglia tornò. Con gli occhi che le brillavano, Ashley spiegò che per il suo compleanno Jack le aveva dato un album pieno di fotografie di lei e della madre, con una moltitudine di pose tenere e divertenti. Quando Ashley mostrò l'album alla terapeuta, quest'ultima si lasciò sfuggire una lacrima. In un primo momento Ashley e il padre rimasero stupiti. Sorridendo, Alicia prese un fazzoletto per asciugarsi gli occhi e, con una voce tremante disse "Come puoi vedere, Jack, ciò che hai fatto per tua figlia mi ha veramente colpito". A questo punto, padre e figlia si guardarono a vicenda, iniziarono a piangere lentamente, per poi abbracciarsi stretti l'un l'altra.

Manifestazioni individuali e sistemiche

Riflettendoci su, i terapeuti intervistati nello studio di Hayes e colleghi (1998) credevano che le loro reazioni controtransferali avessero portato ad avvicinare o evitare i clienti in modo diverso da quanto sarebbe avvenuto in altre circostanze. I pensieri e i sentimenti che determinavano i comportamenti di avvicinamento includevano compassione, accudimento e identificazione con il cliente, mentre i sentimenti e i pensieri collegati con comportamenti di evitamento includevano noia, stanchezza, distanziamento, delusione e sentirsi bloccati nella comprensione di qualcosa. Unanimente, le reazioni controtransferali venivano accompagnate da emozioni negative - rabbia, frustrazione, tristezza, inadeguatezza, ansia, pressione, oppure senso di sovraccarico o di eccessiva responsabilità nei confronti dei clienti. Preoccupati della direzione intrapresa dalla terapia, alcuni terapeuti sceglievano di essere più attivi o direttivi, altri di esserlo meno.

I partecipanti allo studio di Hayes e colleghi (1998) descrissero pensieri e sentimenti *consapevoli* sui clienti, sebbene, per definizione, il controtransfert include reazioni estranee alla coscienza del terapeuta. I supervisori possono sospettare la presenza di un controtransfert quando vedono i loro supervisionati comportarsi in modo insolito, o provare reazioni estreme o incoerenti verso i clienti. Inoltre, si può sospettare una contro-identificazione proiettiva quando il supervisore comincia ad avere forti reazioni alla presentazione o descrizione di un cliente da parte del supervisionato (Ladany, Fridlander, & Nelson, 2005). Questo fenomeno di "processo parallelo" avviene quando il supervisionato sperimenta i sentimenti misconosciuti del cliente (tipicamente dipen-

denza, collera o confusione) e inconsapevolmente li proietta sul supervisore, il quale, a sua volta, vive il supervisionato più o meno nello stesso modo in cui questo vive il cliente (Doehrman, 1976). È dura capire l'origine dei sentimenti in questa relazione a tre, ma districare le proiezioni è possibile dato che né il supervisionato, né il supervisore hanno condiviso una storia personale con il cliente, né vivono insieme a lui. Possono andare a casa, riflettere su quello che è successo, e ritornare con le idee più chiare, pronti ad affrontare il problema da differenti angolazioni.

Un tale sollievo non è invece dato alle famiglie catturate in una trappola emotiva fatta di transfert e identificazioni proiettive, e il terapeuta che entra in un sistema familiare disfunzionale è un potenziale destinatario delle proiezioni inconsce di ciascuno. Dato che la danza della famiglia è condotta sia esplicitamente che con comunicazioni latenti e allusioni – scrollate di spalle, sguardi, e così via – il terapeuta può sperimentare il controtransfert non solo in risposta a un solo cliente, ma anche a ciascun individuo in relazione a tutti gli altri nella stanza. Lavorando con gli Ellison, per esempio, Francine fu colpita dalla sensibilità e dal disagio di David, a fronte della distanza emotiva dei genitori. L'iper-identificazione e la protettività di Francine nei confronti di David erano dunque una manifestazione delle sue reazioni a lui come individuo e al suo ruolo all'interno della famiglia, al trattamento che riceveva dai genitori e alla richiesta implicita fattale dall'intero sistema. In più, agendo il desiderio di David di far sentire ai genitori il proprio dolore, Francine fu vista da questi come un giudice critico; non sorprende che abbiano risposto in modo difensivo. Notando la loro posizione difensiva, David si sentì ancora più impotente e isolato, determinando ancor più accudimento da parte di Francine.

In altre parole, le manifestazioni di controtransfert in terapia congiunta non possono essere lette con spiegazioni dirette e lineari. Dato che gli atteggiamenti e i comportamenti del terapeuta verso ciascun membro della famiglia sono oggetto di osservazione e reazione da parte di tutti gli altri, le reazioni problematiche del terapeuta possono scatenare ogni sorta di manovra reattiva dei membri della famiglia. Quanto più è in gioco, tanto più drammatiche saranno le conseguenze. Prendete ad esempio il preadolescente irriverente e ribelle che fa il bullo con i genitori, ma in segreto non vorrebbe altro se non che la terapeuta faccia in modo che i genitori lo proteggano da se stesso. Sovrastata dai propri sentimenti, la terapeuta, si concentra solo sulla ribellione del ragazzo, senza affrontare la passività dei genitori. Fin troppo desiderosi di far assumere il comando alla terapeuta, i genitori diventano ancora più passivi. Vedendo la loro sconfitta, il ragazzo sempre più scoraggiato alza il tiro dei suoi acting out. Ben presto, viene allontanato dall'ambiente familiare.

Si può certo discutere sull'eziologia delle reazioni problematiche del terapeuta a questa o altre famiglie: Dipendeva da un'identificazione proiettiva? Era conscia o inconscia? Era collegata alla storia personale del terapeuta o solo una reazione alla presentazione della famiglia? Se un particolare spettro di comportamenti sia dovuto a conflitti emotivi irrisolti (cioè, a controtransfert) o a mancanza di esperienza o di competenza, a burnout, o a qualche altro fattore, è un problema che il terapeuta deve considerare personalmente. Indipendentemente dal fatto che si colga la fonte del comportamento problematico, la presenza di tale comportamento ha la potenzialità di compromettere l'alleanza in modo prevedibile, come discusso nella sezione seguente.

Coinvolgimento nel processo terapeutico

Quando il terapeuta sperimenta una grande difficoltà a capire un cliente, tende a rimanere fuori dal sistema, quasi come uno spettatore (Weingarten, 1992), evitando il coinvolgimento (Hayes et al., 1998). Nel contesto di una terapia congiunta, il continuo evitamento da parte del terapeuta di uno o più membri della famiglia, in una seduta o in diverse sedute, può segnalare a quel particolare cliente, o perfino agli altri, la presenza di una reazione problematica. Quando un terapeuta trascura un membro della famiglia, specialmente uno che manifesta indifferenza e noia, capita spesso che si mostri tutto concentrato su un altro. Quando la famiglia è numerosa, è frequente concentrarsi su un singolo sottosistema per volta, ma una prolungata mancanza di interazione con un membro della famiglia potrebbe segnalare un controtransfert. Un osservatore della terapia degli Ellison, per esempio, potrebbe vedere David come molto coinvolto con Francine, che si sforzava in tutti i modi di metterlo a proprio agio, parafrasando i suoi commenti, esplorando i suoi sentimenti più profondi e così via. Se a Francine fosse stato chiesto del suo comportamento, avrebbe potuto riconoscere che la sua relativa mancanza di interazione con i genitori di David rifletteva la sua irritazione verso di loro.

L'obiettivo consapevole di Francine era di aiutare un ragazzo depresso a esprimere i suoi sentimenti. Facendo questo, Francine sostanzialmente aveva agito la sua "prematuro comprensione" del problema (Weingarten, 1992, p. 53), definendo la direzione della terapia senza consultare la famiglia. Imponendo significati, compiti e obiettivi ai membri della famiglia in assenza di negoziazione e consenso, il terapeuta rischia una diminuzione di coinvolgimento di uno o più membri della famiglia (Friedlander, Heatherington, et al., 1994; Weingarten, 1992). A volte un cliente può mostrarsi contrariato, denigrando il valore o l'obiettivo della terapia. Se un terapeuta è molto reattivo verso quell'individuo, o verso l'ansia all'interno del sistema nel complesso, potrebbe iniziare a rimproverare il cliente o discutere con lui sul bisogno della terapia.

Connessione emotiva con il terapeuta

Secondo il teorico dell'alleanza William Pinsof (1994), il controtransfert è il legame emotivo visto dalla prospettiva del terapeuta. Quando un terapeuta ha stabilito un legame emotivo con una coppia o una famiglia, c'è un visibile interesse e un apprezzamento per ciascun individuo. Dal punto di vista di Pinsof, il controtransfert è "un normale processo in cui il terapeuta attribuisce significato e investe emotivamente e psicologicamente sui componenti chiave del sistema del paziente" (p.184). Come un processo attivo di attribuzione di valore alla famiglia, l'assenza di controtransfert "preannuncia un triste futuro per il sistema terapeutico" (p. 184).

Quando il terapeuta ha una reazione negativa verso un cliente, tuttavia, capita spesso perché si è identificato eccessivamente con un altro. Come l'ipercoinvolgimento con un membro o un sottosistema della famiglia può essere una manifestazione del controtransfert, così può esserlo uno sbilanciamento nella reattività emotiva. Lo sbilanciamento potrebbe, all'estremo, portare il terapeuta ad assumere un atteggiamento

mento moralistico o paternalistico verso il membro della famiglia che non piace, a rispondere in maniera difensiva o a scambiare commenti sarcastici o malevoli quando “il cliente non segue il programma”. In una forma più velata, il terapeuta a cui non piace un cliente potrebbe, semplicemente, evitarne il contatto visivo o non rispondere ai tentativi di richiesta di attenzione. I clienti che si lamentano che il terapeuta non li capisce o non li ascolta, potrebbero riferirsi ad una mancanza di coinvolgimento emotivo con loro.

I membri della famiglia prestano notevole attenzione ai legami personali del terapeuta con ciascuno e a come si prende cura di loro come gruppo. Capita che i terapeuti formali e senza senso dell'umorismo siano percepiti dai membri della famiglia come svalutanti e negativi. Quando i clienti avvertono che tutta la disapprovazione del terapeuta si accumula su di loro, tendono a ritirarsi emotivamente o a venire in modo discontinuo alle sedute con il resto della famiglia. Quando la terapia degli Ellison sembrava vacillasse, Francine fece l'errore di accogliere la richiesta di David di fare un incontro da solo con il padre. David passò tutto il tempo a dire al padre quanto detestasse vivere con la madre. Sebbene non sapesse di cosa si fosse discusso, la madre sapeva che David si sentiva più vicino al padre che a lei. Considerando Francine una complice nella sua esclusione, la madre si sentiva ancor più alienata dalla terapeuta, che a quel punto era diventata come una rivale per l'affetto del figlio.

Sicurezza all'interno del sistema terapeutico

Può essere complicato fare della terapia un posto sicuro per tutti, ma quando il terapeuta si sente personalmente minacciato, ci sono poche speranze di sviluppare il senso di sicurezza della famiglia. Anche quando il terapeuta non ha paura, può compromettere il senso di sicurezza della famiglia attraverso comportamenti ansiosi (come muovere eccessivamente le gambe o agitarsi, o assumere una postura rigida) o mancando di attenzione verso le manifestazioni di vulnerabilità del cliente. Weingarten (1992) descrisse un caso in cui il silenzio del terapeuta su un abuso intra-coniugale fece vergognare così tanto la cliente da non citare più l'argomento per due anni, quando la donna decise di divorziare dal marito. Nel caso di Gwen e Andrew (Nichols & Schwartz, 2004), descritto precedentemente, il terapeuta tentava ansiosamente di smussare le espressioni di rabbia della coppia, a causa di un proprio disagio. Nella stessa situazione, un altro terapeuta, magari più timido, avrebbe lasciato i due accusarsi, urlarsi contro, minacciarsi o intimidirsi, in un'escalation incontrollata.

Anche mantenere dei segreti risulta problematico e potrebbe riflettere il controtransfert del terapeuta. Colta alla sprovvista da una cliente di una terapia di coppia che aveva telefonato fra una seduta e l'altra per confessare un precedente tradimento extraconiugale, la terapeuta acconsentì a mantenere il segreto. Andare avanti con questo segreto sullo sfondo fu sempre più stressante nei tre mesi successivi per la terapeuta e si rese conto di quanto il suo silenzio sull'argomento fosse collegato ai tradimenti del proprio marito. A questo punto, però, la cliente non poteva più svelare il segreto al marito senza rivelare la complicità della terapeuta e la sicurezza della terapia venne compromessa per tutti.

Senso di uno scopo condiviso all'interno della famiglia

Per stabilire un obiettivo o una serie di obiettivi significativi per tutta la famiglia, il terapeuta deve avere una visione dei problemi del sistema che tenga conto del contributo di ciascuno. Quando un membro della famiglia viene in terapia come Querelante (Beck et al., 2006), lamentando che è un altro ad aver bisogno di essere “messo a posto” o “aggiustato”, è fin troppo semplice per il terapeuta accettare questa definizione del problema. A volte il Querelante gioca il ruolo di coterapeuta e, se il terapeuta è altamente reattivo al problema presentato, potrebbe continuare con questa finzione, senza accorgersi che c'è più di una storia da raccontare.

In altre parole, la presenza del controtransfert dovrebbe essere ipotizzata ogni qual volta il terapeuta si mostra cronicamente incapace di vedere oltre il punto di vista di un singolo membro. Ci sono manifestazioni come: dimenticare di esplicitare le ragioni di tutti nella richiesta di aiuto, svalutare il punto di vista di un membro della famiglia valorizzando la prospettiva di un altro, allearsi ripetutamente con una persona o un sottosistema contro un altro oppure ignorare le preoccupazioni dichiarate da un cliente, concentrandosi unicamente su quelle di un altro. L'eccessiva identificazione di Francine con il dramma di David Ellison compromise la sua abilità nell'aiutare la famiglia a identificare un obiettivo comune di trattamento, capace di smuoverli. Ricordiamo che gli Ellison avevano cercato aiuto su richiesta di David. Sebbene i genitori si aspettassero che il terapeuta supportasse e incoraggiasse David, la prolungata mancanza di attenzione di Francine ai loro problemi li portò a suggerire che David continuasse la terapia da solo. Tristemente, David aveva voluto che la terapia lo aiutasse a rimanere vicino alla famiglia, ma il processo stava andando nella direzione esattamente opposta.

Evitare e riparare la rottura dell'alleanza

Negli anni '60, quando gli analisti iniziarono timidamente ad invitare in terapia i genitori dei pazienti gravi, schizofrenici, si ritrovarono tempestati da distorsioni della realtà, comunicazioni disfunzionali e livelli straordinariamente alti di confusione e ansia. Per aumentare la forza terapeutica, alcuni terapeuti familiari iniziarono ad avvalersi di coterapeuti (Whitaker & Keith, 1981) o di un team più ampio (Selvini-Palazzoli et al., 1978). Whitaker credeva che la coscienza duale (“*we-ness*”) del team di coterapia servisse a mantenerlo sui binari, mentre il gruppo di Milano iniziale (Selvini-Palazzoli et al., 1978) poneva il team in un ruolo avverso rispetto alla famiglia, per evitare di essere trascinati in un gioco malato nascosto. In un'ulteriore variante (Andersen, 1991), i Reflecting Team promuovevano la collaborazione richiedendo ai clienti di osservare la discussione esplicita dell'équipe sui problemi della famiglia e, successivamente, di rispondervi.

Oltre al lavoro in team, sono state identificate altre strategie per evitare di essere risucchiati. Alcuni terapeuti prendono deliberatamente le parti di un sottosistema o di un altro per mantenere l'imparzialità (a lungo andare) attraverso la franchezza e l'onestà (Ackerman, 1966; Sluzki, 1975; Whitaker & Keith, 1981). I terapeuti strutturali

(Minuchin & Fishman, 1981) fanno movimenti di avvicinamento o allontanamento a seconda di cosa richiada la situazione. In senso diametralmente opposto all'uso del sé del terapeuta, i terapeuti sistemici (Boscolo et al., 1987; Hoffman, 1981) si sforzano di mantenere la neutralità attraverso domande circolari. I terapeuti Boweniani (Bowen, 1976) si vedono come lontani parenti – o allenatori che incoraggiano i clienti a discutere, piuttosto che sperimentare le emozioni, evitando il controtransfert a tutti i costi.

L'evitamento non porta molto lontano, comunque. Quando una famiglia è in crisi, quando c'è un alto livello di ansia o quando le dinamiche relazionali della famiglia sono rigide e distruttive, il controtransfert potrebbe essere inevitabile. Appena un terapeuta vede una mancanza di alleanza dovuta al controtransfert, è fondamentale affrettarsi a porvi rimedio.

I clienti sanno perdonare molto. Se Francine si fosse resa conto del controtransfert e degli effetti sull'alleanza con gli Ellison, come avrebbe potuto correggere la situazione? Una possibilità sarebbe stata segnalare l'errore e assumersi la responsabilità della direzione intrapresa dalla terapia.

Ora che ho imparato a conoscervi, sono impressionata da quanto voi tre stiate cercando di affrontare questa difficile situazione. Pensando al nostro lavoro insieme, mi sono resa conto di aver incoraggiato David a raccontare la sua versione ma, sebbene ne avesse chiaramente il bisogno, questa rappresenta solo un lato della storia. Anche voi [genitori] avete importanti cose da dire e io ho sbagliato a soffermarmi troppo sui sentimenti di David. Dopotutto siete i genitori, e, affinché David superi tutto questo e si senta di nuovo a suo agio, ha bisogno del vostro aiuto. E la terapia non può aver successo senza di voi.

Per alcuni clienti, comunque, l'ammissione di un errore può compromettere i sentimenti di sicurezza e fiducia. Una strategia di riparazione alternativa potrebbe essere concentrarsi sul senso di uno scopo condiviso a livello familiare. Se l'alleanza non avesse vacillato troppo, Francine avrebbe potuto riformulare il problema degli Ellison come "la battaglia di una famiglia per ridefinire se stessa dopo un divorzio". Per aiutare David a contenere l'escalation della sua negatività, Francine avrebbe potuto chiarire che il divorzio non mirava a distruggere la vita di David e che, in effetti, entrambi i genitori erano addolorati che lui fosse addolorato. Allora, con un atteggiamento insieme accorto e autorevole, Francine avrebbe potuto esortare David a concentrarsi meno su quanto successo in passato e più sul tipo di relazione che voleva con il padre e con la madre, da quel momento in poi. Incoraggiare i genitori ad "aiutare David a smuoversi emotivamente" avrebbe potuto dar loro la forza di aiutare il figlio a ritrovare quella sensazione di sentirsi speciale che aveva perso da quando il padre se n'era andato da casa.

Conclusioni

Quando siamo invitati nel luogo più privato della vita della gente, le loro storie non possono fare a meno di toccarci. Le storie di alcune famiglie sono talmente problematiche che le reazioni emotive intense sono inevitabili. I terapeuti accorti, che hanno

lavorato su loro stessi, si trovano nella posizione migliore per riconoscere il controtransfert ed utilizzarlo nel miglior modo terapeutico.

Prevenire è meglio che curare. Per contrastare la tendenza a reagire sulla base di controtransfert, i terapeuti possono lavorare in team, consultarsi con supervisori e colleghi, intraprendere una terapia personale e avere un atteggiamento umile. Come menzionato in precedenza, Bowen (1976) addestrava i suoi allievi a “de-triangolarsi” dagli intrecci emotivi delle loro famiglie di origine (p. 349). Dal punto di vista di Bowen, solo facendo cambiamenti nelle nostre relazioni primarie si può sperare di ottenere simili cambiamenti in quelle dei nostri clienti.

LE MANCATE ALLEANZE FRA GLI OPERATORI PROFESSIONALI

Rose, una giovane madre, portò a un terapeuta familiare il figlio di cinque anni, Michael. Quando il terapeuta chiese del problema, lo scambio di battute fu pressappoco questo:

Rose: Ci siamo trasferiti qui poche settimane fa. Michael ha iniziato la scuola a metà anno e non sono sicura del perché, ma l'insegnante è preoccupata che abbia problemi di socializzazione. Questo è quanto detto alla psicologa scolastica, ma lei [la psicologa] non vede alcun problema con Micheal.

Terapeuta: Così, la psicologa pensa che non ci siano problemi?

Rose: L'insegnante ha parlato con il preside e ha chiesto alla psicologa di fare una valutazione più completa e di osservare il comportamento di Micheal in classe. La psicologa lo ha fatto e ci ha detto di non aver trovato nessun problema psicologico o comportamentale, ma Micheal era molto irrequieto e a volte era un po' aggressivo con gli altri bambini, sebbene fosse più conciliante in altri momenti. Il fatto è che, con grande sorpresa da parte nostra, la psicologa ci ha detto che ora, in pieno anno scolastico, l'integrazione con i compagni di classe richiede un lavoro in più da parte dell'insegnante, che adesso è un po' stanca.

Terapeuta: Capisco. Forse le osservazioni della psicologa la portano a pensare che suo figlio ha qualche difficoltà?

Rose: No. Francamente siamo stati sollevati e non ha raccomandato alcuna consulenza, ma poi ho accennato per caso a tutto questo con il pediatra, anche lui uno nuovo, al controllo periodico di Micheal. Ha detto che c'è un'alta incidenza di bambini con iperattività e che spesso questi problemi sono mal diagnosticati alle scuole elementari.

Terapeuta: Ah, vedo, è stato il pediatra a suggerirvi di vedere un terapeuta.

Rose: No, per la verità, non è andata così. Ho raccontato tutto a mio marito; per lui, il trasferimento è stato a dir poco traumatico. È un cambio di lavoro a

causa della mia carriera. Il fatto è che lui pensa che anche nostro figlio stia vivendo il trasferimento in modo traumatico ed è per questo che non si comporta a scuola come faceva nella scuola precedente. Perciò, ho prestato molta attenzione al comportamento di Micheal.

Terapeuta: Brava. Ha notato qualche cambiamento nel comportamento che la preoccupa?

Rose: Non particolarmente. È difficile da dire. Abbiamo una casa nuova, nuovi vicini, nuove situazioni sul lavoro. In più, anche nella nostra relazione ci sono dei problemi. In tutto questo, ho deciso di riparlare con l'insegnante e di dirle cosa succedeva a casa, e lei mi ha dato il suo numero di telefono e mi ha convinto che, con tutte le informazioni che le avevo dato, la psicologa scolastica era stata negligente. Non saprei. Anche mio marito voleva venire oggi, ma doveva lavorare fino a tardi.

Terapeuta: Bene, è un bene che sia qui, ma non sono sicuro... Pensa davvero che Michael abbia problemi comportamentali che dovrebbero preoccuparci, o vorrebbe parlare di come voi tre state affrontando il trasferimento qui e tutti i cambiamenti nella vostra vita lavorativa?

Rose: Veramente, non penso che Michel abbia qualche problema grave. Penso che io e Tom, mio marito, ce la possiamo fare con lui, voglio dire, da soli.

Terapeuta: Dunque?

Rose: Sono preoccupata del continuo disaccordo tra l'insegnante, la psicologa e il preside. Temo che Micheal possa diventare un argomento di scontro, e questa cosa lo può condizionare. Inoltre i loro differenti punti di vista possono farci preoccupare per ogni piccola cosa che fa Micheal.

Terapeuta: Penso di capire la situazione, ma non è necessario preoccuparsi, cercheremo di affrontare tutto questo. Potrebbe anche essere che lei abbia ragione.

Rose: Mi viene in mente che non avrei dovuto dire nulla all'insegnante o al pediatra. Forse non avrei dovuto mettere in discussione così tanto le nostre impressioni su Micheal. Ma se non fossi venuta qui a incontrarla, l'insegnante se la sarebbe presa. D'altra parte, venendo qui vado contro la psicologa scolastica, che aveva dato un parere positivo e incoraggiante su mio figlio [Singhiozza].

Questa storia su una madre che chiede una terapia allo scopo di non contrariare un professionista coinvolto in un conflitto di potere con altri professionisti, illustra gli effetti sui clienti di una mancata alleanza tra gli operatori professionali. In questo caso, Rose sospettava che la differenza di vedute tra l'insegnante e la psicologa scolastica non fossero un semplice disaccordo. All'inizio aveva messo in dubbio le proprie osservazioni sul figlio (una reazione comprensibile), ma poi chiese aiuto per gestire la mancata alleanza tra i professionisti. È facile notare come questa famiglia potrebbe essere danneggiata se il terapeuta dovesse affrontare polemicamente l'insegnante, la psicologa scolastica, il preside o il pediatra, o se il terapeuta dovesse tenersi fuori dalla rissa e spingere la cliente ad assumere un'atteggiamento aggressivo con gli altri professionisti.

Quando un bambino è una fonte di problemi, sono fin troppo comuni gli scontri tra famiglia, operatori sanitari, sistema educativo, giustizia minorile e Servizi Sociali.

Le mancate alleanze sono comuni anche quando gli adulti in terapia con professionisti non medici ricevono un trattamento farmacologico da un medico generico o da uno psichiatra. Per esempio, Marla, trentaseienne, e Will Brewster, quarantatrenne, chiesero aiuto quando ebbero paura che il loro matrimonio fosse in pericolo. Marla, che aveva ricevuto una diagnosi di depressione maggiore, veniva trattata con antidepressivi. Lo psichiatra aveva suggerito una consulenza con un terapeuta per stabilire quanto gravemente la depressione di Marla ne stesse condizionando il matrimonio.

Creando un forte legame con il terapeuta fin dalla prima visita, Marla e Will iniziarono la terapia con entusiasmo. Entrambi i coniugi videro il legame tra la depressione di Marla, i loro problemi relazionali e il dolore di Marla di non poter restare incinta (Will era sterile). La terapia andava avanti benone, con dei rapidi progressi sia nella relazione di coppia che nello stato psicologico di Marla. Un mese dopo, la coppia fece richiesta di idoneità per l'adozione di un bambino.

Alla luce di questi miglioramenti, Marla volle interrompere gli antidepressivi. Il terapeuta pensò che la sua decisione fosse ragionevole, ma spinse la coppia a consultare lo psichiatra. Invece, lo psichiatra non vide alcun cambiamento significativo nella depressione di Marla e insistette affinché continuasse a prendere i farmaci, con un piccola riduzione di dosaggio. Purtroppo la divergenza di opinioni fra i professionisti scosse Marla e Will, facendoli dubitare dei benefici ottenuti in terapia. Marla, in particolare, iniziò a non credere più di poter superare la depressione e a temere per l'ingresso di un bambino in casa loro.

In situazioni come queste c'è un notevole rischio che ciascun professionista coinvolto nel caso attribuisca i peggioramenti dei clienti a un errore commesso dall'altro professionista. La volontà dei diversi professionisti a comunicare direttamente l'un l'altro circa eventuali disaccordi, potrebbe essere ostacolata da aspetti legati più alla reputazione o alla politica che al caso in questione. In questo caso, fortunatamente, non c'erano di questi problemi. Dopo aver notato il peggioramento di Marla e visto quanto fortemente volesse superare i propri problemi senza i farmaci, i due professionisti si parlarono al telefono e stabilirono un programma congiunto. In maniera indipendente, entrambi spiegarono alla coppia la compatibilità dei due trattamenti e la necessità di interrompere con prudenza i farmaci psicotropi. Nel parlare con i clienti, ciascun professionista validò l'opinione dell'altro. La loro collaborazione fu evidente a Marla e Will, e l'adattamento all'interno del "sistema" dei professionisti, consentì alla terapia di andare avanti e, alla fine, di concludersi con successo.

Il caso di Marla e Will è relativamente chiaro e semplice, dato che questa coppia di classe medio-alta aveva molte risorse – economiche, sociali e psicologiche. In realtà, le famiglie multiproblematiche, che hanno molti fattori di stress (Madsen, 1999), sono di solito famiglie a basso reddito che ricevono assistenza da diversi servizi, per cui la possibilità di conflitto e di sfiducia tra i professionisti è notevole. Cosa possono fare i terapeuti, in un mare frammentato di servizi specializzati, per creare una forte alleanza di lavoro con gli altri professionisti? In questo Capitolo discuteremo le cause e le conseguenze degli scontri nei sistemi dei professionisti, proponendo accorgimenti per evitare o riparare tali mancate alleanze.

Sistemi in sovraccarico

Quando il sistema sanitario, quello educativo e quello dei Servizi Sociali sono forti e specializzati all'interno di una società, c'è il rischio di mancanza di coordinazione e di comunicazione, innanzitutto a causa della grande complessità. Sia che una famiglia riceva assistenza gratuita da un servizio sanitario pubblico, sia che visiti un centro privato o un centro di consulenza di un'associazione di volontariato, è comunque problematico lavorare in modo collaborativo all'interno di un gruppo di professionisti che spesso hanno punti di vista, responsabilità, interessi, orari e procedure differenti. Addirittura, coordinare servizi all'interno di un sistema con professionisti sovraccarichi e generalmente sottopagati, spesso fa perdere tempo prezioso che potrebbe essere meglio speso con le famiglie a cui serve. Di conseguenza, le famiglie multi-problematiche diventano facilmente famiglie "multi-trattate", senza un referente che abbia una visione sistemica d'insieme di quanto la famiglia possa funzionare e produrre un cambiamento. Il risultato è ben riassunto da una cliente che stava facendo una terapia familiare su indicazione del Servizio Sociale per i Minorenni. Dopo aver partecipato a un incontro per programmare il riavvicinamento con uno dei suoi figli, che era in affidamento, la cliente commentò:

Ho incontrato due assistenti sociali, che conosco a mala pena, insieme alle persone coinvolte nel programma di affidamento, che sembrano familiari ma che non conosco bene, insieme a un altro che penso sia a capo del Servizio Sociale per i Minorenni, e a un altro ancora che sembrava un avvocato. Mi ci è voluto un po' di tempo per capire l'intero processo. Spero proprio che vada tutto bene, in effetti sono stati carini, ma mi è mancato veramente di vedere una faccia familiare, che potessi chiamare per nome!

Solo in una fiction, o nel peggiore degli incubi di un terapeuta familiare, si può vedere una Conferenza Internazionale per le Famiglie Multiproblematiche. Un workshop intitolato *Le alleanze tra gli operatori professionali* riscuoterebbe senz'altro molto successo se una tale conferenza dovesse avere luogo. In effetti, la maggior parte delle famiglie multiproblematiche avrebbe molte esperienze da raccontare su professionisti in disaccordo o intrappolati in conflitti di potere. Uno scenario tipico vede l'operatore del Servizio Sociale per i Minorenni accusare il terapeuta di non lavorare abbastanza per coinvolgere in trattamento una famiglia resistente, laddove il terapeuta accusa lo stesso operatore di fornirgli informazioni troppo scarse, di fissare obiettivi irrealistici o addirittura di scaricare le responsabilità e di aspettarsi che il terapeuta si accoli tutti i rischi. In queste situazioni, è fin troppo comune che una famiglia disperata si approfitti o finanche incoraggi la scissione tra gli operatori professionali, specialmente se la mancata alleanza comporta un qualche vantaggio.

Le "lotte per il territorio" possono avere molte cause, a partire da conflitti personali e scontri di potere fino a dispute politiche all'interno o tra diverse agenzie. Anche quando tutti i professionisti coinvolti nel caso sono soddisfatti del proprio lavoro e di quello dei colleghi, se i diversi individui nutrono aspettative reciproche irrealistiche e agiscono sulla base di queste senza confrontarsi, ci possono essere conflitti di ruolo (Ladany et al., 2005). Un tutore minorile, per esempio, si aspettava che il terapeuta della famiglia

lo aggiornasse ogni qualvolta l'adolescente saltasse la scuola, ma il terapeuta pensava che la situazione fosse gestibile meglio all'interno della terapia. Quando il ragazzo fu arrestato mentre rubava un'auto, dopo aver saltato la scuola per quattro giorni di seguito, il tutore accusò il terapeuta di omissione di informazioni.

Proprio come un conflitto familiare può andare in escalation incontrollata, anche un sistema di operatori professionali sovraccarico può andare incontro alla stessa sorte. Il teorico Murray Bowen (1976) descrisse eloquentemente come la mancanza di differenziazione individuale, che comporta sintomi e disfunzione in famiglia, si rifletta nei sistemi sociali più ampi. Quando lo stress e l'ansia sono molto elevati e le risorse esterne al sistema sono poche e inadeguate, i membri della famiglia spesso si attaccano fra loro. Il risultato comporta problemi di comunicazione e di informazione, mancate alleanze, ed errori. Nel linguaggio del SOFTA, quando un sistema professionale manca di un senso dello scopo condiviso nel lavoro con il sistema dei clienti, le ricadute negative possono essere estremamente gravi. Nella sezione seguente presentiamo un caso in cui un sistema di professionisti in conflitto ha un effetto particolarmente iatrogeno su una famiglia multiproblematica.

Caso illustrativo: le mancate alleanze professionali minacciano la sicurezza della famiglia

Esther Jackson, una vedova quarantacinquenne, e la figlia quindicenne Katy, iniziarono una terapia congiunta dopo due anni di grandi difficoltà. Kate aveva tredici anni quando il padre morì in un incidente stradale. Dopo questo evento, la famiglia si trovò ad affrontare una cascata di crisi psicologiche, sociali ed economiche. Esther non aveva mai lavorato, addirittura aveva a mala pena una vita sociale al di fuori della famiglia del marito, che offrì ben scarso supporto dopo la morte di lui. Esther si sentiva isolata e iniziò a mostrare segni di depressione, che passarono inosservati. Katy divenne molto protettiva verso la madre, cercando di badare a lei e alla casa. Con l'aggiunta di questi carichi, iniziò a saltare la scuola e smise di vedere gli amici. Inoltre, Katy ebbe una serie di difficoltà scolastiche e si mostrava in molte occasioni piuttosto immatura.

Quando i Servizi Sociali intervennero su richiesta della scuola di Katy, sia la figlia che la madre si posero sulla difensiva. Rifiutarono tutti i tentativi degli assistenti sociali di "riorganizzare la loro vita domestica per renderla più funzionale". Il rifiuto di ogni intervento proposto aumentò la conflittualità tra la famiglia e il Servizio Sociale. La madre e la figlia divennero ancora più determinate a stare sempre insieme, incapaci di allontanarsi l'una dall'altra, anche per brevi periodi di tempo. Alla fine, quando Katy declinò tutti gli obblighi scolastici e saltò la scuola per due settimane, il Servizio Sociale per i Minorenni la inserì in una struttura residenziale, in una città vicina. Esther si sentì inconsolabile.

Nel giro di poche settimane, Katy scappò dalla struttura residenziale più volte e le discussioni della madre con molti operatori professionali assunse la forma di una un'escalation. La conseguenza fu che Katy venne etichettata con un Disturbo Antisociale di Personalità ed Esther con un Disturbo Narcisistico di Personalità. Comunque,

dal momento che la famiglia non collaborava con gli assistenti sociali, non venne effettuata nessuna valutazione psicologica approfondita delle due.

Al culmine del conflitto, madre e figlia si barricarono in casa per tre giorni, sbarando tutte le porte e finestre e rifiutandosi di comunicare con le autorità. Venne ottenuto un ordine dal tribunale e la polizia accompagnò gli assistenti sociali a prelevare Katy per riportarla alla struttura residenziale. Moltissimi vicini assistettero a questo momento traumatico ed Esther provò vergogna e impotenza.

A questo punto un operatore propose che madre e figlia effettuassero una terapia individuale, come suggerito anche dal giudice del Tribunale per la Famiglia. Un clinico di un Centro di Salute Mentale locale studiò la relazione del caso fatto dal Servizio Sociale per i Minorenni. Alla luce della reazione negativa di entrambi i clienti all'invio in terapia individuale, venne consigliato anche l'intervento di un terapeuta familiare esperto. Comunque, l'operatore del Servizio Sociale di Tutela per i Minori si oppose a qualunque misura che agevolasse i contatti tra madre e figlia, insistendo che ogni cliente avesse "un trattamento psicologico o psichiatrico adeguato". Dopo l'intervento del supervisore, l'assistente sociale consigliò "senza entusiasmo" che Esther e Katy venissero "viste individualmente per migliorare la loro relazione disfunzionale" (cioè, che le sedute congiunte fossero effettuate al minimo).

Quando la terapeuta familiare insistette per vedere insieme madre e figlia, i terapeuti individuali furono d'accordo e il responsabile della struttura residenziale consentì a Katy di unirsi alla madre in terapia. Nonostante questo consenso, all'ultimo minuto gli insegnanti di Katy la "punirono" per qualche malefatta, rendendole di fatto impossibile partecipare alla prima seduta con la madre. La reazione di Esther a questo evento fu prevedibile: voleva che tutti vedessero che era stata ingannata e da quel momento in poi rifiutò di collaborare.

La terapeuta spiegò che l'assenza di Katy era dovuta a "mancanza di coordinazione" tra gli operatori. Rassicurando Esther che non c'era alcun piano nascosto per bloccare la terapia familiare, la terapeuta contattò l'assistente sociale del Servizio per i Minorenni, il terapeuta individuale di Esther e gli insegnanti di Katy, negoziando un altro appuntamento per la terapia familiare.

Sebbene fosse stato concordato che Esther venisse in seduta da sola e Katy venisse accompagnata da un insegnante, Esther arrivò invece un'ora prima alla struttura residenziale per assicurarsi che Katy avesse il permesso di uscire. La presenza della madre determinò la riaccensione dello scontro che, fortunatamente, venne risolto quando i responsabili della struttura chiamarono l'assistente sociale minorile e la terapeuta. Infine, gli operatori raggiunsero un accordo e la prima seduta congiunta di terapia ebbe luogo.

In seduta, madre e figlia stettero sedute vicinissime l'una all'altra, praticamente abbracciandosi. Quando la terapeuta chiese: "Quale pensate possa essere un buon esito, nel lavoro che iniziamo oggi? Quale obiettivo vorreste raggiungere?", la risposta era prevedibile. Quasi all'unisono, madre e figlia risposero: "Stare insieme". La terapeuta chiese allora: "Avete qualche idea del perché gli insegnanti, gli assistenti sociali e gli psicologi scolastici siano così preoccupati se state insieme?". Confuse, Esther e Katy non ebbero una risposta pronta. La terapeuta continuò: "Se, da domani, poteste tornare a vivere insieme, come vi organizzereste?" Con somma sorpresa, Esther rispose che, se

nessuno le avesse “perseguitate”, avrebbe preferito che la figlia concludesse l’anno scolastico dov’era, che significava restare alla struttura residenziale. Sarebbe stato già tanto trascorrere insieme i fine settimana, “ma telefonerei a Katy tutti i giorni”. Dal canto suo, Katy pose un’altra condizione: “Qualcuno dovrebbe occuparsi di mia madre, qualcuno che *capisca veramente* come si sente”.

Gli obiettivi condivisi dalle clienti erano ragionevoli. In più l’interesse genuino della terapeuta verso la madre, la figlia e la loro relazione, come anche verso i bisogni della famiglia e la sua empatia per ciò che stavano passando, la rese un’ottima candidata per essere colei che Katy auspicava si prendesse cura della madre.

Infatti, facendo in modo che questa attesissima seduta congiunta avesse luogo, la terapeuta ottenne un certo grado di credibilità con la famiglia, che costituì la base per una forte alleanza di lavoro.

Perché la terapia dei Jackson era in stallo? Senza dubbio il problema era dovuto in larga parte alla mancanza di accordo all’interno del sistema degli operatori. Cosa mancava per permettere a madre e figlia di essere trattate insieme e per affrontare la scarsa funzionalità di Esther e la sicurezza di Katy? Crediamo che i casi come questo richiedano che all’inizio ci si concentri proprio sul sistema degli operatori coinvolti: bisogna cioè stabilire una buona collaborazione fra i professionisti, discutere gli obiettivi di ciascuno e lo scopo di ogni singolo intervento, garantendo a tutti sicurezza, evitando la spirale della mancanza di fiducia e dei paragoni ostici, stabilendo norme che rispettino ciascun ambito professionale (istruzione, psicoterapia, Servizio Sociale), creando coesione e collaborazione fra tutti gli operatori coinvolti nel caso. In altre parole ci raccomandiamo di creare all’interno del sistema una forte alleanza (Pinsof, 1994, 1995) in cui sia coinvolto ciascun operatore e abbia un buon collegamento con gli altri operatori così come con la famiglia. Paradossalmente, nel caso di Esther e Katy, c’era mancanza di alleanza fra gli operatori, ma l’alleanza intrafamiliare era particolarmente forte.

Condividere i rischi per garantire la sicurezza

La terapia comporta dei rischi non solo per i clienti, ma anche per gli operatori coinvolti. A chi è sotto pressione capita di agire la propria ostilità e aggressività, di tentare il suicidio, di prendere decisioni disastrose sul matrimonio e così via. A fronte di tali rischi, il terapeuta è vulnerabile dal punto di vista professionale e personale.

Sebbene lavorare in gruppo o sotto una supervisione porti vantaggi ai terapeuti in molti modi e riduca il rischio per i clienti, le persone si sentono esposte a rischi quando mostrano il proprio lavoro ad altri. E’ essenziale la fiducia nel supervisore e nel gruppo di operatori. Nel caso di una profonda fiducia, è utile condividere direttamente il lavoro utilizzando lo specchio unidirezionale, la videoregistrazione o la televisione a circuito chiuso. Facendo in questo modo, il terapeuta può spiegare il lavoro nel dettaglio e condividere il processo decisionale con gli altri. Infatti negli ultimi 20 anni l’approccio di squadra alla terapia familiare rappresenta la base dei programmi di formazione e degli interventi clinici con le famiglie.

Nel Capitolo 6 abbiamo sottolineato il bisogno delle famiglie di sentirsi a proprio agio con tutti gli elementi di un contesto terapeutico –riservatezza, strumenti di registrazione, lavoro con più operatori e così via- e abbiamo descritto tutte le tensioni che possono minacciare il senso di sicurezza di una famiglia in terapia. Le stesse condizioni si applicano a un terapeuta all'interno del sistema degli operatori. Quando, per esempio, un terapeuta teme che un determinato modo di agire sarà percepito negativamente o messo in dubbio da un altro operatore del caso, l'intervento programmato rischia di essere compromesso. Insistendo nel vedere Esther e Katy insieme, il terapeuta prende le parti della famiglia nel suo conflitto con i Servizi Sociali. Sebbene il terapeuta credesse fermamente che la madre e la figlia avessero bisogno di ristabilire un contatto per migliorare la loro relazione, un esito negativo delle sedute congiunte avrebbe lasciato il terapeuta in una posizione di grande vulnerabilità. C'era un rischio reale che Katy scappasse di nuovo o che madre e figlia si allontanassero o si barricassero in casa insieme, per non menzionare esiti ancor più drammatici.

Quando un terapeuta si sente solo e isolato nel lavorare con famiglie ad alto rischio, il problema è esacerbato se la famiglia è anche seguita da operatori che non si trovano d'accordo con la linea intrapresa dal terapeuta. È comunque almeno discutibile (e potenzialmente non etico) che un terapeuta proceda in un senso che contraddice gli obiettivi degli altri servizi che si occupano della famiglia, siano essi sociali, educativi, sanitari o legali.

Nello stesso SOFTA-o, alcuni indicatori della mancanza di sicurezza per le famiglie all'interno del sistema terapeutico si applicano anche alla mancanza di sicurezza all'interno del sistema degli operatori impegnati sul caso. Quando i canali di comunicazione sono chiusi o ci sono resoconti ambigui che nascondono informazioni compromettenti (infezioni da HIV, precedenti atti criminali), il sistema degli operatori non è sicuro. Per quanto tendiamo a non aspettarci che gli operatori tengano segrete delle informazioni ad altri operatori, capita spesso di sentire lamentele riguardo mancanza di chiarezza, di informazioni e perfino di intralci intenzionali. Solo quando gli operatori di diversi enti possono parlare apertamente del loro lavoro, rivelando informazioni sia positive che negative riguardo il proseguimento del lavoro e chiedendo l'opinione degli altri su come procedere quando le cose non vanno bene, possiamo aspettarci che il loro livello di sicurezza sia adeguato.

Possiamo assumere che ci sia sicurezza quando gli operatori cooperano, cercano reciprocamente un feedback, discutono apertamente le paure e le insicurezze sul caso e così via. Si può presumere sicurezza all'interno del sistema degli operatori anche quando una famiglia non ha problemi a riferire ad un operatore come sta proseguendo il lavoro con gli altri. Quando Esther iniziò a fidarsi della struttura dove viveva Katy, disse alla terapeuta: "Sì, le cose sembrano migliorare lentamente. Anche chi si occupa di Katy ha detto la stessa cosa che sta dicendo lei!". Quando i terapeuti sono capaci di lavorare in modo collaborativo, la sicurezza può essere contagiosa.

Accrescere il senso di uno scopo condiviso

Quando un sistema familiare allo stesso tempo usufruisce di differenti interventi specializzati effettuati da professionisti diversi (terapia di coppia, disintossicazione dall'alcool per la madre e inserimento in una struttura residenziale per la figlia maggiore), i professionisti spesso hanno differenti risposte alla domanda: "Qual è lo scopo cui tendono tutti gli interventi per questa famiglia?". A un livello generale la domanda potrebbe essere "migliorare la qualità di vita della famiglia", ma è probabile che ciascun operatore si concentri su obiettivi specifici per un singolo cliente o per un sottosistema con il quale sta lavorando. Come abbiamo visto non è raro che gli obiettivi di un professionista contraddicano quelli di un altro, la cui lente di osservazione è spostata su un diverso individuo o sottosistema.

Con i Jacksons, l'assistente sociale e gli operatori della struttura residenziale stavano aiutando Katy a imparare a condurre una vita indipendente dalla madre, ma il terapeuta individuale di Esther si concentrava sulla depressione della cliente, subentrata con l'isolamento sociale ed emotivo dopo la perdita traumatica del marito, mentre la terapeuta familiare voleva lavorare direttamente sulla relazione madre-figlia per renderla sicura e funzionale. Tutti questi obiettivi erano significativi, compatibili ed essenziali per Esther e Katy. Qual è la chiave per identificare un obiettivo che tenga conto dei bisogni di tutti i membri della famiglia? In questo caso, la chiave consisteva nell'includere madre e figlia nella definizione degli obiettivi tanto della famiglia quanto di ciascun membro individualmente. Esther e Katy vedevano gli invii in terapia individuale come strumenti atti a separarle. Comunque, quando il terapeuta familiare chiese alle clienti come potevano organizzarsi al meglio per vivere insieme, entrambe furono d'accordo sul continuare a vivere separatamente.

Quando tutti i professionisti coinvolti in un caso si organizzano intorno a un obiettivo comune, accettabile per la famiglia, e raggiungono un accordo o un compromesso ("Faccio questo se tu fai quello") cosicché gli interventi si completino a vicenda, la loro condivisione dello scopo sicuramente avvantaggia il cliente. Gli indicatori del SOFTA-o sul Senso di uno Scopo Condiviso all'interno della famiglia possono facilmente essere applicati all'alleanza fra gli operatori. Un forte senso dello scopo condiviso è indicato quando gli operatori coinvolti in un caso chiedono il punto di vista degli altri sul problema o sulla soluzione, e si confermano l'operato reciprocamente, sia privatamente che di fronte alla famiglia. Al contrario, uno scarso senso dello scopo condiviso viene indicato quando diversi professionisti, direttamente o indirettamente, si accusano a vicenda delle difficoltà e della mancanza di progressi della famiglia; fanno una coalizione per bloccare o squalificare gli interventi degli altri; o ne criticano i valori, gli obiettivi e le procedure. Nel caso dei Jackson, gli sforzi della terapeuta familiare di promuovere un senso dello scopo condiviso fra gli educatori e gli assistenti sociali aumentarono molto la collaborazione della famiglia, sebbene fosse necessario un lavoro sistematico e a lungo termine da parte di ciascun membro del team, per raggiungere gli obiettivi generali e specifici del trattamento.

Le mancate alleanze fra i professionisti sono particolarmente pericolose quando la terapia è contaminata da misure sociali di controllo. Queste situazioni sono abbastanza comuni quando sono presenti abusi o negligenze, o quando un adulto della famiglia

è sotto il controllo delle autorità giudiziarie. La terapia dovrebbe essere un contesto in cui ricevere aiuto, non il braccio delle autorità che vorrebbero che la terapia si occupasse di quanto la famiglia si attiene alle sanzioni legali, o che sono pronte a dichiararla inefficace, ogni qual volta i clienti fanno uno “scivolone” (scontri coniugali, ricadute nell’alcool). Un senso dello scopo condiviso fra i professionisti richiede condivisione di responsabilità e rispetto per il lavoro dell’altro, assicurando le condizioni adeguate per raggiungere gli obiettivi del trattamento su cui ci si è accordati. Così come gli ufficiali di polizia non dovrebbero fare terapie e i giudici del Tribunale per la Famiglia non dovrebbero arrestare i criminali, i terapeuti non dovrebbero giudicare o controllare i loro clienti.

Coinvolgere molti professionisti in un programma terapeutico coordinato

Quando una famiglia usufruisce di servizi erogati da diversi enti, i terapeuti della famiglia sono spesso invitati agli incontri per coordinare il trattamento: ad esempio, gli incontri con gli assistenti sociali, i funzionari della libertà vigilata o chi si occupa dei programmi per il trattamento delle vittime di abuso. In una struttura spagnola dove uno di noi lavorava, molti terapeuti vennero informati di un “incontro di coordinamento” per discutere diversi casi ad alta conflittualità. I terapeuti chiesero subito al supervisore: “*Contro chi è questo incontro di coordinamento? Chi ci rappresenterà?*”. Non c’è bisogno di dire che “il coordinamento” non godeva di un’ottima reputazione in questo particolare gruppo di professionisti.

Forse questo aneddoto implica un altro significato: il coordinamento potrebbe non essere appropriato in certe circostanze. In teoria, professionisti di diverse discipline che lavorano insieme tutti i giorni nello stesso programma, non dovrebbero essere forzati o sottoposti a “coordinamento”. Piuttosto, dovrebbero notare i benefici dell’uso di procedure comuni, dello scambio di opinioni e dei contatti personali. Il coordinamento dovrebbe significare qualcosa in più dello scambio d’informazioni e della presa di decisioni, come - ad esempio - la creazione e il mantenimento di una forte alleanza fra gli operatori. Quando chi gestisce l’incontro del team riconosce il bisogno di una forte alleanza fra i professionisti per facilitare un trattamento appropriato, i compiti e le procedure di coordinamento dovrebbero incoraggiare la disponibilità dei professionisti a coinvolgersi a vicenda.

Una lamentela comune fra i terapeuti che lavorano con famiglie multiproblematiche è che il carico di lavoro e lo stress dovuti alla necessità di coordinare gli operatori e gli enti (come, per esempio, scrivere resoconti, fare telefonate, partecipare a riunioni) sono onerosi e impegnativi almeno al pari del lavoro effettivo con le famiglie prese in carico. Alcuni professionisti credono che conti solo il lavoro “reale” con le famiglie, e che tutto l’“altro lavoro” dovrebbe scomparire o almeno diventare periferico. Comunque, quando si lavora con famiglie multiproblematiche (e generalmente con tutti i clienti obbligati al trattamento dal Servizio Sociale), la coordinazione con gli altri professionisti ed enti è essenziale per assicurare una forte alleanza terapeutica inserita

in una forte alleanza tra professionisti. Nel caso di Esther e Katy Jackson, la terapeuta familiare vide fin dall'inizio che la riluttanza degli altri operatori a concedere un lavoro familiare congiunto era una parte importante del problema. Il terapeuta lavorò diligentemente per creare un'alleanza fra tutti i professionisti coinvolti nel caso, nella convinzione che, se non avesse fatto così, non sarebbe stato possibile lavorare proficuamente in terapia familiare.

Un fattore che contribuisce alla mancanza di accordo fra i professionisti è la mancanza di un modello teorico comune. Senza una comune comprensione del problema e della sua soluzione, la comunicazione risulta invariabilmente compromessa. Infatti, la mancanza di un modello comune può ostacolare il lavoro dei terapeuti di coppia e familiari che lavorano all'interno dello stesso servizio o programma. Quando i professionisti di diverse discipline (assistenti sociali, psicologi, psichiatri, giudici, educatori, infermieri) lavorano insieme regolarmente in gruppo, delineare un fondamento teorico condiviso è la cosa ottimale. In assenza di questo, è indispensabile avere una buona conoscenza empirica del punto di vista e del modello d'intervento di ciascun altro; tutto questo riveste un'importanza cruciale.

Creare un legame emotivo: il valore di una pausa caffè

All'inizio della terapia con Esther e Katy Jackson, Esther mise in pericolo il lavoro familiare presentandosi senza preavviso nella struttura residenziale della figlia, aggredendo gli operatori della struttura e gli assistenti sociali. Ai loro occhi, il comportamento di Esther confermò la convinzione che non avrebbe potuto o voluto collaborare. La terapeuta fu informata della situazione e della "punizione" conseguente: il ritardo della terapia familiare.

Lavorando diligentemente per rettificare la situazione, la terapeuta ebbe numerose conversazioni telefoniche con gli altri operatori coinvolti nel caso dei Jackson. Il risultato fu il permesso di Katy di unirsi alla madre nella prima seduta di terapia congiunta. Questo importante intervento permise non solo di iniziare la terapia familiare, ma anche che Esther sviluppasse fiducia nei confronti della terapeuta. L'efficacia della terapeuta in questa situazione fu possibile grazie a un forte legame personale con i responsabili della struttura e con gli assistenti sociali coinvolti nel caso dei Jackson. Se la terapeuta avesse scelto, invece, di fare una relazione o una domanda per iscritto, il ritardo che questo avrebbe comportato avrebbe senza dubbio compromesso la fiducia di Esther verso l'agognata terapia familiare.

In certi contesti, la supervisione, il lavoro di gruppo e il reciproco supporto fra gli operatori sono assolutamente cruciali. Quando un terapeuta lavora regolarmente con bambini trascurati o vittime di abusi fisici o sessuali, o quando c'è un alto rischio di suicidio o di violenza familiare, sentire il supporto e l'interesse da parte del gruppo o del supervisore è essenziale quanto condividere la responsabilità delle decisioni tecniche. Il supporto da parte degli altri professionisti è fondamentale quando si deve prendere una decisione difficile come raccomandare il collocamento di un bambino o la sospensione della potestà genitoriale.

Infatti, la dimestichezza personale e il buon rapporto con gli altri professionisti della rete possono essere molto importanti per evitare, o riparare, le mancante alleanze di cui abbiamo discusso. Quando si lavora con un gruppo, avere qualche momento informale per creare rapporti può essere prezioso. All'occasione, quando gli incontri del team sono in stallo per alti livelli di stress e per divergenze di opinioni, la soluzione può emergere dalla fiducia e dall'amicizia all'interno del gruppo e non perché è stata proposta un'ingegnosa analisi tecnica. Le conversazioni alla pausa caffè sugli interessi personali (gli amici in comune, lo sport, le scuole dei figli) non sono "perdite di tempo". Al contrario, queste conversazioni facilitano la vicinanza e il supporto reciproco, migliorando l'alleanza con gli altri professionisti e, di conseguenza, l'aiuto ai clienti.

Le alleanze sono facilitate dalla credibilità dei professionisti, dall'esperienza fatta e dalla competenza nel migliorare la situazione nei casi difficili. Dire che una famiglia ha "un'alleanza istituzionale" (Pinsof, 1995, p. 76) significa che l'istituzione di cui il terapeuta fa parte possiede credibilità agli occhi della famiglia. I membri della famiglia sanno quando c'è fiducia e credibilità, perfino amicizia, all'interno del team che si occupa del caso. Notando come gli operatori parlano del lavoro degli altri, i clienti si sentono più alleati con il terapeuta quando si percepiscono in relazione anche con l'intero sistema dei professionisti. Quando l'alleanza con l'istituzione è forte, le differenze iniziali fra la famiglia e il terapeuta sono neutralizzate più rapidamente.

Conclusioni

La creazione di una forte alleanza all'interno del sistema terapeutico non si esaurisce all'interno dello studio del terapeuta. Il sistema terapeutico può essere pensato come l'insieme dei sistemi diretti (vedi la famiglia) e indiretti (vedi la scuola, vicinato) di cui il cliente fa parte, come dei sistemi diretti e indiretti del terapeuta (Pinsof, 1994). Di frequente le mancate alleanze all'interno del sistema terapeutico sono la maggior fonte di rischio nell'intero sistema terapeutico.

Nella formazione dei terapeuti familiari, il corpo insegnante e i supervisori dovrebbero discutere periodicamente la complessità dei sistemi terapeutici e i molti fattori che possono contribuire alle mancate alleanze fra gli operatori. Bisognerebbe insegnare agli allievi che spesso la mancanza di accordo si verifica quando una famiglia è percepita come altamente disfunzionale e non collaborativa, generando una spirale di reciproche accuse e atteggiamenti difensivi fra operatori sovraccarichi di lavoro e di stress. Nei casi complessi, sarebbe opportuno prevedere e anticipare le mancate alleanze e le difficoltà di coordinamento, specialmente quando i professionisti provenienti da discipline diverse non condividono lo stesso modello teorico. Attivarsi per negoziare obiettivi comuni e progetti di trattamento con gli altri professionisti non è solo uno scrupolo, ma una parte essenziale del lavoro.

Il SOFTA può essere utile per la comprensione delle dinamiche interne all'alleanza dei professionisti. Come abbiamo discusso, i livelli di Coinvolgimento, di Connessione Emotiva, Sicurezza e Senso di uno Scopo Condiviso sono indicati dalle interazioni positive e negative degli operatori, come anche dai comportamenti dei clienti in seduta

e al di fuori di essa. Il successo è ottimizzato quando il terapeuta lavora attivamente con la famiglia e gli altri professionisti coinvolti nel caso per stabilire un programma di trattamento globale, coordinare il lavoro con gli operatori degli altri servizi e sviluppare i contatti professionali sulla base di una comune filosofia e del mutuo rispetto.

IV

CONCLUSIONI

COSTRUIRE E MANTENERE ALLEANZE SANE

Negli ultimi 10 anni, non c'è stata controversia più accesa in psicoterapia del dibattito sul ruolo dei fattori comuni contro quelli modello-specifici, nel cambiamento terapeutico (Goldfried & Eubanks-Carter, 2004; Wampold, 2001; Weston et al., 2004). Il dibattito ha solo più tardi iniziato a interessare la letteratura della terapia di coppia e della famiglia forse per la storica particolarità di questo tipo di terapia. In questo contesto, abbiamo ripetutamente enfatizzato le differenze fra modelli di cambiamento sistemici e modelli di trattamento tradizionali (individuali), così come la variabilità fra molte "scuole" di terapia di coppia e della famiglia (Sprenkle & Blow, 2004). Come illustrato nei precedenti Capitoli, ad ogni modo, l'interesse per i fattori comuni è ora fermamente presente nella terapia di coppia e della famiglia. Nonostante ciò, sono state avanzate alcune critiche convincenti come "Ci deve essere di più" - essendo quel "di più" chiaramente articolato su più livelli, fondati empiricamente su modelli di cambiamento che spiegano le connessioni fra i processi in seduta, mini-risultati e risultati globali della famiglia (ad es., Sexton et al., 2004).

Conveniamo pienamente con quest'ultima idea. È ormai evidente che l'alleanza terapeutica è un fattore comune di importanza cruciale, che, in aggiunta agli specifici processi di cambiamento sistemico, spiega il successo delle terapie di coppia e familiari. Inoltre, nell'orientamento di tali terapie, evidenze empiriche confermano che l'alleanza sia un fattore comune più importante di ogni altro, compresa l'aspettativa del cliente, la speranza o l'esperienza emotiva. È anche evidente, ormai, che nella terapia familiare e di coppia, il successo degli interventi e dei processi modello-specifici si basa su una relazione terapeutica solida e *bilanciata* con i membri della famiglia. Laddove una forte alleanza è il fondamento degli interventi cognitivo-comportamentali, esperienziali o introspettivi in terapia individuale, in terapia di coppia e della famiglia un'alleanza bilanciata è anche lo strumento per portare a termine compiti terapeutici sistema-specifici, come il "ri-attaccamento" di un adolescente depresso alla madre, o la mediazione di un compromesso difficile tra due coniugi in guerra.

È inoltre evidente, come discusso e illustrato nei Capitoli dal 4 al 14, che gli interventi terapeutici che incoraggiano l'alleanza e le conseguenti interazioni intra-familiari non sono affatto comuni nelle famiglie. Le connessioni emotive con il terapeuta, il

coinvolgimento nel processo, la sicurezza all'interno del sistema familiare e il senso di uno scopo condiviso all'interno della famiglia, sono tutti influenzati dalla natura del problema o dei problemi attuali, e da altri fattori che variano considerevolmente negli individui e nei sottosistemi. I fattori sistemici includono le dinamiche emotive e comportamentali delle coppie e delle famiglie (ad es., coesione, flessibilità, capacità di raggiungere un compromesso), così come la loro stessa struttura, lo status socio-economico e la cultura (definita in senso lato). A livello individuale, il genere, l'età, lo stato di salute e l'orientamento sessuale non sono che alcune delle molte caratteristiche che possono influenzare l'alleanza (v. Capitolo 10). Le quattro dimensioni del SOFTA sono influenzate in modo significativo dagli stili di attaccamento e dai bisogni psicologici di tutti i partecipanti, compreso il terapeuta (v. Capitoli 5 e 13). Per di più, le circostanze iniziali in cui una famiglia cerca e intraprende una terapia (v. Capitoli 4, 7, 11 e 12), così come il coinvolgimento diretto o indiretto di una terza parte (v. Capitolo 14), giocano un ruolo notevole nello sviluppo e nella gestione dell'alleanza.

I suggerimenti e gli avvertimenti proposti in questo volume forniscono le linee guida per promuovere e riparare le alleanze e si basano sulla letteratura della terapia di coppia e della famiglia, sulla nostra ricerca e sulla nostra esperienza clinica. A prima vista, data la diversità delle famiglie e dei terapeuti e la complessità dell'incontro terapeutico, può sembrare presuntuoso offrire una qualunque linea guida. Come si può applicare la nostra esperienza dell'alleanza con una famiglia alle altre? Ma, come può non esserlo? Per costruire qualcosa che somigli ad una "scienza" della psicoterapia – cioè un set di costrutti esplicativi e principi operativi che possono essere applicati a molti casi, valutati e rivisti sulla base dell'esperienza empirica – dobbiamo fare generalizzazioni. Lo facciamo con molta umiltà, riconoscendo che nel processo continuo di costruzione delle alleanze c'è una notevole dose di intuizione, creatività e istinto. Questo elemento è l'"arte" della psicoterapia.

Abbiamo iniziato questo volume con le seguenti domande: "Cosa rende buona un'alleanza?" e "Come può un terapeuta facilitarla?". In molti capitoli abbiamo affrontato queste domande dettagliatamente, tenendo presente che la diversità delle famiglie e dei terapeuti rende quest'impresa un'arte, al pari di una scienza. Nel corso dei capitoli, abbiamo affrontato la domanda collegata "Come possiamo riconoscere una buona alleanza quando la osserviamo?". A differenza del Giudice di Corte Suprema Potter Stewart (1964), che commentò "Non so definire la 'pornografia', ma la riconosco quando la vedo" (p. 3), cerchiamo di fornire un metodo per "osservare" l'alleanza attraverso una lente concettuale derivata dalla teoria, dalla ricerca e dalla pratica clinica.

Sviluppando il SOFTA, abbiamo iniziato con i comportamenti osservabili del cliente (per es., "I membri della famiglia convalidano il punto di vista degli altri") e gli scambi cliente-terapeuta (p. es., "Il cliente condivide un momento umoristico o scherzoso con il terapeuta") perché crediamo che una buona alleanza *possa* essere osservata. I terapeuti esperti osservano buone alleanze continuamente, e anche quelli inesperti le riconoscono prontamente. Osserviamo il *Coinvolgimento* quando i membri della famiglia sollevano problemi per discuterne, il *Senso di uno Scopo Condiviso* quando i clienti propongono un compromesso, la *Sicurezza* quando confidano un segreto e la *Connessione emotiva* quando esprimono calore o gratitudine al terapeuta. Osserviamo anche alleanze deboli e precarie: quando i clienti si "distraggono" o si "ammutoliscono"

no”, quando stanno sulla difensiva o siedono guardinghi, quando dimenticano gli appuntamenti o svalutano apertamente il processo terapeutico.

Dall'identificazione dei comportamenti del cliente che segnalano una forte o una debole alleanza, il passo è breve all'identificazione di comportamenti del terapeuta che vi contribuiscano. Come mostrato nella Tabella 2.1, molti comportamenti del terapeuta nel SOFTA-o sono paralleli ad altrettanti comportamenti dei clienti: per esempio, “Il cliente incoraggia un altro membro della famiglia ad aprirsi o a raccontare la verità” e “Il terapeuta aiuta i clienti a parlare in modo sincero e a non stare sulla difensiva l'uno con l'altro” (Sicurezza). Si può notare come vi siano di gran lunga meno comportamenti negativi del terapeuta rispetto a quelli positivi (e meno comportamenti negativi del terapeuta rispetto a quelli del cliente). Sebbene un terapeuta possa fallire ripetutamente nell'accrescere l'alleanza, o interpretare male un'alleanza scissa o precaria e non agire di conseguenza, solo nelle circostanze più scontate possiamo osservare un terapeuta che mette in pericolo realmente l'alleanza. Questo non vuol dire che la bontà di un'alleanza ricada solo sulle spalle del cliente. Piuttosto, gli indicatori più chiari di un'alleanza forte o debole sono le reazioni comportamentali immediate a ciò che avviene in seduta. Per dirla semplicemente, i comportamenti dei terapeuti contribuiscono all'alleanza, ma sono quelli dei clienti a rivelarla.

Fondamentalmente, il SOFTA-o è un metodo per rappresentare l'esperienza clinica, per renderla trasparente e sistematica, finanche quantitativa, in modo da osservare la forza di un'alleanza nella pratica, nel training, nella (auto-)supervisione e nella ricerca. Certi assunti e limitazioni possono essere esplicitati, comunque. Come abbiamo indicato in precedenza, dando per scontato che i pensieri e i sentimenti verso l'alleanza si riflettano nei comportamenti manifesti, abbiamo definito le dimensioni del SOFTA induttivamente, raggruppando un insieme di comportamenti osservabili a bassa inferenza, identificati dalla teoria, dalla ricerca e dalla nostra esperienza clinica. Comunque, non diamo per scontato che questi comportamenti rappresentino l'universo dei comportamenti del cliente o del terapeuta collegati all'alleanza. Inoltre, alcuni comportamenti come “Il cliente esprime fisicamente o verbalizza il suo affetto per il terapeuta” (Connessione Emotiva) e “Il cliente fa un riferimento non tranquillo/ ansioso riguardo la telecamera, l'osservazione, il supervisore o le procedure di ricerca” (Sicurezza), non avvengono in tutti i contesti clinici o con clienti di tutte le culture. Piuttosto, gli items raggruppati in ciascuna dimensione SOFTA rappresentano comportamenti che riflettono l'alleanza nella maggior parte degli approcci di terapia di coppia e familiare.

Un secondo assunto è che l'alleanza terapeutica è bidirezionale. Come alcuni comportamenti segnalano un'alleanza forte (“Il cliente indica accordo con gli obiettivi del terapeuta” [Coinvolgimento]), così altri ne segnalano una debole o precaria (“I membri della famiglia non sono d'accordo fra loro sul valore, lo scopo, gli obiettivi o i compiti della terapia” [Senso di uno Scopo Condiviso]). Di conseguenza, i punteggi dimensionali del SOFTA-o abbracciano un intervallo da *molto problematico* (-3) a *molto forte* (+3). In mezzo alla scala, 0 = *non classificabile*, perché in assenza di indicatori comportamentali che segnalino una Connessione Emotiva con il Terapeuta fortemente positiva o negativa, ad esempio, diamo per scontato che la connessione sia neutra (v. Capitoli 3 e 8). Inoltre, la scala è ordinale per natura; perciò non si deve credere che un punteggio di +2 in Coinvolgimento significhi che quel cliente sia coinvolto il doppio di un cliente

che riceve il punteggio di +1.

Infine, non bisogna pensare che tutti gli indicatori comportamentali del SOFTA-o siano ugualmente indicativi della forza di un'alleanza. Avere una postura aperta, per esempio, non è un indicatore di Sicurezza altrettanto significativo come il rivelare un segreto familiare antico. Chiedere il punto di vista di un altro membro della famiglia non aumenta il Senso di uno Scopo Condiviso nella stessa misura, di quanto la diminuisce un'espressione ad alta voce di ostilità, accusa, sarcasmo o disprezzo. Perciò, annotare solo la frequenza degli indicatori comportamentali non basta; bisogna esprimere un certo giudizio nel fare il bilancio nei punteggi globali delle varie scale SOFTA-o. In altre parole, chi osserva deve tener conto dei contesti verbali, non-verbali e interpersonali (Heatherington, 1989). Non solo la frequenza e la durata degli indicatori comportamentali, ma anche il tono e il volume di chi parla, i comportamenti non-verbali e le reazioni degli altri membri della famiglia forniscono collettivamente indizi della forza e dell'importanza relativa di ciascun comportamento osservato nel contesto terapeutico in corso. Essenzialmente, il giudice SOFTA-o è un "sintetizzatore umano", che effettua inferenze basate sulla stessa partecipazione e osservazione ravvicinata che il terapeuta compie, meno sistematicamente, in modo naturale.

Implicazioni per la pratica clinica, il training e la supervisione

Nell'usare il SOFTA-o, il primo passo dai contrassegni comportamentali ai punteggi globali consiste nel decidere quale cliente appare meno coinvolto, connesso e sicuro in seduta. Questo individuo è conteggiato per primo, seguito da quello che appare subito dopo più coinvolto, connesso o sicuro, e così via. Nella nostra ricerca, abbiamo scoperto che i giudici decidono quale cliente va conteggiato prima con un'affidabilità eccezionalmente alta. Questo, crediamo, è dovuto al fatto che gli indicatori comportamentali sensibilizzano gli osservatori ai comportamenti positivi e negativi collegati all'alleanza. Dopo aver visto una seduta e registrato ogni comportamento SOFTA-o mentre accade, è semplice decidere chi in famiglia è il più alleato (o il meno) con il terapeuta.

In modo simile, conoscere il SOFTA-o ottimizza la pratica clinica. In effetti, una grande spinta allo sviluppo del SOFTA-o è stata il suo potenziale per il training o le supervisioni. Che usino il SOFTA carta-e-matita o l'e-SOFTA (vedi <http://www.softasoatif.net>), gli studenti del corso di specializzazione possono usare il SOFTA-o mentre guardano le registrazioni dei terapeuti "anziani". Prestando grande attenzione ai comportamenti dei partecipanti nelle quattro dimensioni, gli studenti si sintonizzano sugli specifici indicatori che combinano per formare impressioni globali come "Wow, la famiglia sta lavorando sodo!" e "Il terapeuta ha davvero convinto il marito!". La tecnologia del software consente di interrompere il video, registrare commenti su ciò che sta avvenendo e di segnalare attentamente gli indicatori comportamentali mentre vengono osservati (vedi il Capitolo 3 per i dettagli). Rivedere alla fine della sessione gli items contrassegnati facilita le risposte alla domanda: "Come è potuto succedere *questo*?"

I terapeuti alle prime armi si trovano spesso sbalorditi quando una famiglia, che sembrava motivata a cercare aiuto, interrompe improvvisamente il trattamento. Gli allievi sono anche bloccati dalla discordanza tra le proprie percezioni e quelle dei supervisori. Un allievo può riportare, ad esempio, che “Tutto è andato bene” con la famiglia X, laddove il supervisore (dopo aver osservato la seduta con lo specchio unidirezionale o la TV a circuito chiuso) si è fatto un’idea completamente diversa di ciò che è accaduto. Per prepararsi alla supervisione, gli allievi possono rivedere le loro sedute usando il SOFTA-o, sia con lo strumento carta-e-matita che con la versione software. Segnalare gli alti e i bassi della seduta oppure un’apparente scissione tra i membri della famiglia rispetto ai comportamenti collegati all’alleanza può indirizzare la discussione in supervisione verso le strategie per riparare queste relazioni.

L’auto-supervisione va sempre incoraggiata. Tra le domande da porsi vi sono “Che cosa stavano facendo i clienti (in termini SOFTA) nel momento in cui sono stato sopraffatto e confuso?” o “Quale comportamento dei clienti ha contribuito a farmi sentire molto più connesso alla moglie che al marito?” o, ancora, “Cos’altro avrei potuto fare, quando la figlia adolescente se n’è andata?”.

Oltre all’uso effettivo del SOFTA-o, gli studenti in training possono essere introdotti al modello SOFTA per essere aiutati a pensare in modo sistemico, sistematico e multidimensionale al loro lavoro con le coppie e le famiglie. Per esempio, il SOFTA può essere usato come punto di partenza per considerare quali dimensioni possono essere salienti con differenti tipologie di famiglie. Con gli adolescenti, la connessione emotiva è vitale. Nelle famiglie con un sospetto concreto di abuso fisico, il monitoraggio della sicurezza è di cruciale importanza. Quando le famiglie definiscono il problema presentato in termini rigidi a somma zero (v. Capitolo 12), riformulare il problema in modo che faciliti il senso di uno scopo condiviso diviene di cruciale importanza. In altre parole, il SOFTA è un linguaggio per la pianificazione e la valutazione del trattamento.

Implicazioni per la ricerca

Recentemente, sono state pronunciate numerose esortazioni, di cui alcune molto forti (Anderson, 2003; Pincus & Wynne, 2000), nei confronti di una più solida base alla ricerca in terapia di coppia e familiare, incentivando clinici e ricercatori a lavorare insieme per costruire e testare teorie, valutare l’efficacia degli interventi sistemici e studiare i processi di cambiamento in seduta e fra le sedute. Questo libro è scritto tenendo conto di queste esortazioni. Crediamo che il SOFTA-o (Appendice A) e il SOFTA-s (Appendice B) siano strumenti utili per raggiungere questi obiettivi. Inoltre ci siamo sforzati per rendere questi strumenti di facile utilizzo, attraverso una versione bilingue (inglese e spagnola *e qui anche in italiano* N.d.T.) e la sezione di addestramento al software. Speriamo che i ricercatori useranno queste valutazioni per affrontare alcune delle miriadi di domande sull’alleanza in terapia familiare e di coppia che sono ancora senza risposta.

Una questione importante è rappresentata da come l’alleanza si sviluppa e cambia nel corso della terapia. Per la maggior parte delle famiglie c’è un incremento

progressivo e regolare nell'alleanza oppure un processo discontinuo in cui un evento chiave (come la storia del calabrone all'inizio del Capitolo 1) gioca un ruolo decisivo? Potrebbe anche darsi che le quattro dimensioni dell'alleanza si sviluppino con ritmi differenti. Nel Capitolo 6, abbiamo ipotizzato che la sicurezza venga per prima. Forse, però, la sicurezza si costruisce lentamente, man mano che i clienti considerano ogni piccolo rischio intrapreso nel setting terapeutico. Nel nostro modello euristico dei processi terapeutici collegati all'alleanza (Presentazione 2.1), la connessione emotiva con il terapeuta è una caratteristica essenziale delle sedute iniziali nella terapia di coppia e familiare. Comunque, la ricerca potrebbe mostrare che la costruzione di connessioni è un processo continuo durante tutto l'arco del trattamento, facilitato dall'apertura del terapeuta, dall'uso di interventi di joining, da commenti acuti, e così via (v. Capitolo 5).

Un argomento insito in questa discussione è rappresentato da come le quattro dimensioni del SOFTA sono collegate fra loro. Come discusso nei Capitoli 2 e 8, a parte la loro moderata associazione statistica, le dimensioni sono concettualmente intercorrelate, così che incrementare una dimensione ha effetti riverberanti sulle altre. Si noti che due dimensioni contengono molti elementi emotivi (Sicurezza e Connessione Emotiva), mentre due hanno una natura più cognitivo-comportamentale (Coinvolgimento e Senso di uno Scopo Condiviso). Costruire un rapporto intenso incrementa anche i sentimenti di sicurezza? Definire un obiettivo terapeutico comune incrementa il coinvolgimento? Per definizione, una dimensione (Senso di uno Scopo Condiviso) si riferisce alle relazioni tra i vari membri della famiglia, laddove Coinvolgimento e Connessione Emotiva si riferiscono all'interazione e alla relazione di ciascun cliente con il terapeuta; la Sicurezza ha a che fare con l'intero sistema terapeutico (terapeuta + famiglia). Cosa succede alle dimensioni intra-sistemiche (Coinvolgimento e Connessione Emotiva) quando il Senso di uno Scopo Condiviso è debole, o la Sicurezza è compromessa?

Le alleanze nella terapia di coppia e della famiglia sono multidimensionali anche in altri termini, vale a dire che vi sono da considerare relazioni multiple (e interagenti fra loro), come i clinici sanno bene. Come possono i terapeuti assicurarsi che la creazione di un legame stretto con un membro potente della famiglia – diciamo il padre – non minacci l'alleanza con un altro membro della famiglia, per esempio un adolescente scontroso? In che modo l'alleanza generale con la famiglia riflette l'alleanza di ogni individuo con il terapeuta? È improbabile che l'insieme sia semplicemente la somma delle parti. C'è forse un processo di influenza reciproca, per cui alcuni membri della famiglia stanno a guardare se il terapeuta “fa scattare il click” con il membro più riluttante, prima di impegnarsi nel processo? Le lezioni apprese in un altro contesto possono essere d'aiuto. Nella richiesta di consenso per la ricerca in terapia familiare, abbiamo scoperto che chiedere prima la collaborazione agli adolescenti arrabbiati era più efficace di chiedere prima il permesso ai genitori (Heatherington, Friedlander & Johnson, 1989). Quando gli adolescenti davano il consenso alla ricerca, il plauso dei genitori al comportamento pro-sociale dei figli sembrava facilitare la loro stessa disponibilità a partecipare alla ricerca.

Un'altra importante domanda empirica riguarda la convergenza (o la mancanza di essa) nel giudicare l'alleanza da parte dei clienti, dei terapeuti e degli osservatori.

Con il SOFTA-o e il SOFTA-s, abbiamo concettualizzato strumenti paralleli per studiare l'alleanza da queste tre prospettive (vedi Tabella 2.1). La letteratura sull'alleanza in terapia individuale suggerisce alcune divergenze, e i punti di vista dei clienti e degli osservatori sono stati più coerenti con i risultati rispetto al punto di vista dei terapeuti (Horvath & Symonds, 1991). Questo non capita sempre, comunque, e c'è bisogno di ulteriore lavoro in quest'ambito, specialmente nella terapia di coppia e della famiglia. In effetti, la domanda è molto importante anche dal punto di vista clinico. Sarebbe importante sapere, nella prospettiva dei clienti, quali dimensioni dell'alleanza siano maggiormente colpite quando la famiglia decide di interrompere il trattamento in anticipo. Un riesame delle registrazioni (o anche l'invio ai clienti del questionario SOFTA-s dopo il drop-out) potrebbe chiarire se il problema è stato dovuto a uno scarso senso di uno scopo condiviso tra i membri della famiglia, a sentimenti di minaccia (cioè scarsa sicurezza) o semplicemente a un rapporto troppo superficiale con il terapeuta.

Le domande circa il contributo dei terapeuti all'alleanza sono di importanza cruciale. Come si può invertire l'andamento di un'alleanza precaria o rotta? L'uso frequente o calibrato di alcuni comportamenti del terapeuta fa la differenza; ma in questo caso, quali? Gli indici SOFTA costituiscono un punto di partenza eccellente per una ricerca qualitativa e quantitativa con piccoli campioni, come case studies (per esempio, vedi Beck et al., 2006) o analisi comparative tra alleanze familiari in via di miglioramento contro altre in peggioramento (per esempio, G.M. Diamond et al., 1999).

La connessione alleanza-risultato è, naturalmente, la questione più importante. In che misura il successo del trattamento è collegato alla forza, allo sviluppo e al bilanciamento nelle alleanze dei membri della famiglia con il terapeuta e fra loro? Una domanda globale come questa è, comunque, meno significativa della considerazione della multidimensionalità dell'alleanza in relazione al risultato. Nei case studies di Beck e colleghi (2006), per esempio, nelle prime fasi della terapia erano stati osservati indicatori negativi di Sicurezza solo nelle famiglie con i peggiori esiti terapeutici. Se, come è stato riscontrato (ad es., Knobloch-Fedders et al., 2004; Robbins et al., 2003; Symond & Horvath, 2004), le alleanze sbilanciate (v. Capitolo 8) sono più predittive dell'esito rispetto alle alleanze di ciascun cliente considerate isolatamente, quale dimensione SOFTA risente di più di uno sbilanciamento? Si potrebbe ipotizzare che uno sbilanciamento nella sicurezza o nella connessione emotiva con il terapeuta sia più dannoso che uno sbilanciamento nel coinvolgimento.

Prendendo l'argomento da un altro punto di vista, quanto è essenziale il senso di uno scopo condiviso all'interno della famiglia? Altrove abbiamo suggerito che questa dimensione costituisce la base per il successo del trattamento (Heatherington, Friedlander & Greenberg, 2005). Come discusso nel Capitolo 7, comunque, alcuni problemi presentati, come una minaccia comune (ad es., l'infertilità), non producono difficoltà collegate al Senso di uno Scopo Condiviso, mentre avere motivi di conflitto per la terapia (v. Capitolo 4 e 11) o definire il problema presentato solo in termini di vittoria-sconfitta (v. Capitolo 12) è talmente problematico che si può ottenere ben poco in assenza di una forte alleanza intra-familiare.

Considerazioni conclusive

Le domande poste in questo Capitolo sono esattamente quelle che determinano la necessità di una collaborazione tra clinici e ricercatori. In effetti, anticipiamo che il modello SOFTA e gli strumenti che lo accompagnano faciliteranno la collaborazione, come già successo con noi. Soprattutto, speriamo che i lettori usino questo testo per comprendere maggiormente l'alleanza nella propria pratica clinica, aumentando così i benefici del trattamento per i clienti.

APPENDICE A:

SOFTA-o (CLIENTE E TERAPEUTA)

SISTEMA DI OSSERVAZIONE DELLE ALLEANZE IN TERAPIA FAMILIARE - OSSERVAZIONALE (SOFTA-O)

Valutazione del cliente

Istruzioni

Legga la definizione di ognuno dei seguenti quattro costrutti. Successivamente, nelle pagine della codifica, distingua sulla riga in alto i membri della famiglia da valutare. Mentre osserva la seduta, contrassegni nell'apposita colonna ogni comportamento mentre accade. Alla fine della seduta, usi questi contrassegni per formulare un giudizio sull'alleanza di ogni membro della famiglia secondo i vari aspetti del Coinvolgimento, della Connessione Emotiva e della Sicurezza. Valuti l'intero sistema familiare riguardo al Senso di uno Scopo Condiviso. Usi le linee guida del manuale di training per passare dai contrassegni al punteggio numerico. Faccia attenzione al fatto che gli items in corsivo indicano una *mancanza* di Coinvolgimento, *povertà* di Connessione Emotiva, una *mancanza* di Senso di uno Scopo Condiviso o una *mancanza* di Sicurezza.

Usi la seguente scala:

- 3 = molto problematico
- 2 = abbastanza problematico
- 1 = leggermente problematico
- 0 = non classificabile o neutrale
- +1 = debole
- +2 = abbastanza forte
- +3 = molto forte

| | |
|---|--|
| <p>COINVOLGIMENTO NEL PROCESSO TERAPEUTICO</p> <p>Il cliente considera il trattamento significativo; sente di essere coinvolto nella terapia e di lavorare insieme al terapeuta; avverte che gli obiettivi e i compiti della terapia possono essere discussi e negoziati con il terapeuta; considera importante prendere sul serio il processo terapeutico e crede che il cambiamento sia possibile.</p> | <p>SICUREZZA NEL SISTEMA TERAPEUTICO</p> <p>Il cliente considera la terapia un luogo dove può permettersi di rischiare, aprirsi ed essere flessibile; si sente a proprio agio e nutre aspettative di fare nuove esperienze e imparare cose nuove; pensa di poter trarre benefici dalla terapia; che i conflitti interni alla famiglia si possano gestire senza nuocere a nessuno e che non serve stare sulla difensiva.</p> |
| <p>CONNESSIONE EMOTIVA CON IL TERAPEUTA</p> <p>Il cliente considera il terapeuta una persona importante nella sua vita, quasi come un membro della famiglia; sente che la relazione con il terapeuta poggia su affiliazione, fiducia, cura e interesse; sente che il terapeuta si prende cura di lui genuinamente e che “è lì” per il cliente; sente di essere sulla stessa lunghezza d’onda del terapeuta (per es., simili prospettive di vita, valori); apprezza l’esperienza e la competenza del terapeuta.</p> | <p>SENSO DI UNO SCOPO CONDIVISO ALL’INTERNO DELLA FAMIGLIA</p> <p>I membri della famiglia si percepiscono in un ruolo attivo rispetto alla terapia al fine di migliorare le relazioni familiari e raggiungere obiettivi familiari comuni; si sentono solidali in terapia (“siamo in terapia insieme”); danno valore al tempo che spendono insieme in terapia; essenzialmente, un senso di unità all’interno della famiglia in relazione alla terapia.</p> |

Coinvolgimento nel Processo Terapeutico

| | Membro della famiglia | | | | | | |
|--|-----------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Il cliente indica accordo con gli obiettivi del terapeuta. | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Il cliente descrive o discute un piano per migliorare la situazione. | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Il cliente introduce un problema per la discussione. | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Il cliente acconsente a fare compiti a casa. | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Il cliente indica di aver fatto i compiti a casa o di aver visto che sono utili. | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Il cliente esprime ottimismo o indica che sono avvenuti cambiamenti positivi. | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Il cliente aderisce alla richiesta del terapeuta di mettere in atto un'interazione. | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Il cliente si inclina in avanti. | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Il cliente cita il trattamento, il processo terapeutico o una seduta specifica. | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| <i>Il cliente esprime di sentirsi "bloccato", chiede che valore abbia la terapia, o dichiara che la terapia non è (o non è stata) di aiuto.</i> | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| <i>Il cliente mostra indifferenza riguardo ai compiti o al processo della terapia (es: con un'adesione puramente formale, dicendo: "non so", o distraendosi)</i> | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |

Valuti il Coinvolgimento nel Processo di ciascun membro della famiglia

-3 -2 -1 0 +1 +2 +3

Connessione Emotiva con il Terapeuta

| | Membro della famiglia | | | | | | |
|--|-----------------------|-----------|-----------|----------|-----------|-----------|-----------|
| Il cliente condivide un momento umoristico o scherzoso con il terapeuta. | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | |
| Il cliente verbalizza la fiducia nel terapeuta. | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | |
| Il cliente esprime interesse per la vita personale del terapeuta. | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | |
| Il cliente dice di sentirsi capito o accettato dal terapeuta. | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | |
| Il cliente esprime fisicamente o verbalizza il suo affetto per il terapeuta. | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | |
| Il cliente rispecchia la postura del terapeuta. | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | |
| <i>Il cliente evita il contatto visivo con il terapeuta.</i> | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | |
| <i>Il cliente rifiuta o è riluttante nel rispondere al terapeuta.</i> | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | |
| <i>Il cliente ha interazioni ostili o sarcastiche con il terapeuta.</i> | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | |
| <i>Il cliente fa commenti sull'incompetenza o inadeguatezza del terapeuta.</i> | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | |
| Valuti la Connessione Emotiva con il Terapeuta di ciascun membro della famiglia | <u>-3</u> | <u>-2</u> | <u>-1</u> | <u>0</u> | <u>+1</u> | <u>+2</u> | <u>+3</u> |

Sicurezza nel Sistema Terapeutico

| | Membro della famiglia | | | | | | |
|--|-----------------------|-----------|-----------|----------|-----------|-----------|-----------|
| Il cliente esprime implicitamente o esplicitamente che la terapia è un luogo sicuro. | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Il cliente varia il suo tono emotivo durante la seduta. | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Il cliente mostra vulnerabilità (per es., discute di sentimenti dolorosi, piange). | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Il cliente ha una postura aperta della parte superiore del corpo. | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Il cliente rivela un segreto o qualcosa che altri membri della famiglia non sapevano. | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Il cliente incoraggia un altro membro della famiglia ad aprirsi o a raccontare la verità. | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Il cliente chiede in modo diretto agli altri membri della famiglia un feedback sul suo comportamento o su di lui come persona. | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| <i>Il cliente esprime ansia in modo non verbale (per es. dà dei colpetti o trema).</i> | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| <i>Il cliente si protegge in modo non verbale (per es. incrocia le braccia sul petto, non si toglie la giacca o non poggia la borsa, si siede lontano dal gruppo, ecc.).</i> | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| <i>Il cliente rifiuta o è riluttante nel rispondere quando un membro della famiglia si rivolge a lui/lei in modo diretto.</i> | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| <i>Il cliente risponde sulla difensiva ad un altro membro della famiglia.</i> | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| <i>Il cliente fa un riferimento non tranquillo/ ansioso riguardo la telecamera, l'osservazione, il supervisore o le procedure di ricerca.</i> | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Valuti la Sicurezza nel Sistema Terapeutico di ciascun membro della famiglia | <u>-3</u> | <u>-2</u> | <u>-1</u> | <u>0</u> | <u>+1</u> | <u>+2</u> | <u>+3</u> |

Senso di uno scopo condiviso all'interno della Famiglia

| | Membro della famiglia | | | |
|---|-----------------------|-------|-------|-------|
| I membri della famiglia si rendono disponibili a raggiungere un compromesso. | _____ | _____ | _____ | _____ |
| I membri della famiglia condividono un momento umoristico o scherzoso fra loro. | _____ | _____ | _____ | _____ |
| I membri della famiglia chiedono il punto di vista degli altri. | _____ | _____ | _____ | _____ |
| I membri della famiglia convalidano il punto di vista degli altri. | _____ | _____ | _____ | _____ |
| I membri della famiglia rispecchiano la postura degli altri. | _____ | _____ | _____ | _____ |
| <i>I membri della famiglia evitano il contatto visivo con gli altri.</i> | _____ | _____ | _____ | _____ |
| <i>I membri della famiglia si accusano a vicenda.</i> | _____ | _____ | _____ | _____ |
| <i>I membri della famiglia svalutano le opinioni o i punti di vista degli altri.</i> | _____ | _____ | _____ | _____ |
| <i>I membri della famiglia provano ad allearsi con il terapeuta contro gli altri.</i> | _____ | _____ | _____ | _____ |
| <i>Un cliente fa commenti ostili o sarcastici sui membri della famiglia.</i> | _____ | _____ | _____ | _____ |
| <i>I membri della famiglia non sono d'accordo fra loro sul valore, lo scopo, gli obiettivi o i compiti della terapia o su chi dovrebbe essere convocato nelle sedute.</i> | _____ | _____ | _____ | _____ |

Valuti il Senso di uno Scopo Condiviso per l'intera famiglia -3 -2 -1 0 +1 +2 +3

Nota. Da *SOFTA-o for clients*, di M.L. Friedlander, V. Escudero e L. Heatherington, 2001, strumento non pubblicato, pp. 1-5. Copyright 2001 by M.L. Friedlander, V. Escudero e L. Heatherington. Riprodotto con il permesso degli Autori.

Valutazione del terapeuta

Istruzioni

Legga la definizione di ognuno dei seguenti quattro costrutti. Durante l'osservazione della seduta, segni nell'apposita colonna ogni comportamento mentre accade. Alla fine della seduta, usi questi contrassegni per formulare un giudizio sul contributo del terapeuta al Coinvolgimento, alla Connessione Emotiva, alla Sicurezza e al Senso di uno Scopo Condiviso della famiglia. Usi le linee guida del manuale di training per passare dai contrassegni al punteggio numerico. Faccia attenzione al fatto che gli items in corsivo indicano *contributi negativi* al coinvolgimento, alla connessione emotiva, al senso di uno scopo condiviso o alla sicurezza.

Usi la seguente scala:

- 3 = molto problematico
- 2 = abbastanza problematico
- 1 = leggermente problematico
- 0 = non classificabile o neutrale
- +1 = debole
- +2 = abbastanza forte
- +3 = molto forte

| | |
|--|---|
| <p>COINVOLGIMENTO NEL PROCESSO TERAPEUTICO:</p> <p>Il cliente considera il trattamento significativo; sente di essere coinvolto nella terapia e di lavorare insieme al terapeuta; avverte che gli obiettivi e i compiti della terapia possono essere discussi e negoziati con il terapeuta; considera importante prendere sul serio il processo terapeutico e crede che il cambiamento sia possibile.</p> | <p>SICUREZZA NEL SISTEMA TERAPEUTICO:</p> <p>Il cliente considera la terapia un luogo dove può permettersi di rischiare, aprirsi ed essere flessibile; si sente a proprio agio e nutre aspettative di fare nuove esperienze e imparare cose nuove; pensa di poter trarre benefici dalla terapia; che i conflitti interni alla famiglia si possano gestire senza nuocere a nessuno e che non serve stare sulla difensiva.</p> |
| <p>CONNESSIONE EMOTIVA CON IL TERAPEUTA:</p> <p>Il cliente considera il terapeuta una persona importante nella sua vita, quasi come un membro della famiglia; sente che la relazione con il terapeuta poggia su affiliazione, fiducia, cura e interesse; sente che il terapeuta si prende cura di lui genuinamente e che “è lì” per il cliente; sente di essere sulla stessa lunghezza d’onda del terapeuta (per es., simili prospettive di vita, valori); apprezza l’esperienza e la competenza del terapeuta.</p> | <p>SENSO DI UNO SCOPO CONDIVISO ALL’INTERNO DELLA FAMIGLIA:</p> <p>I membri della famiglia si percepiscono in un ruolo attivo rispetto alla terapia al fine di migliorare le relazioni familiari e raggiungere obiettivi familiari comuni; si sentono solidali in terapia (“siamo in terapia insieme”); danno valore al tempo che spendono insieme in terapia; essenzialmente, un senso di unità all’interno della famiglia in relazione alla terapia.</p> |

Contributi del Terapeuta al Coinvolgimento nel Processo Terapeutico

| | |
|---|-----------------------|
| | Membro della famiglia |
| Il terapeuta spiega come funziona la terapia. | _____ |
| *Il terapeuta chiede ai clienti di cosa vogliono parlare nella seduta | _____ |
| *Il terapeuta incoraggia i clienti a identificare gli obiettivi della terapia. | _____ |
| Il terapeuta chiede ai clienti se sono disposti a fare specifici compiti durante la seduta (ad es., una simulata). | _____ |
| *Il terapeuta chiede ai clienti se sono disposti a seguire specifici suggerimenti o a fare specifici compiti a casa. | _____ |
| *Il terapeuta chiede ai clienti l'impatto o il valore di un compito assegnato in precedenza. | _____ |
| *Il terapeuta esprime ottimismo o nota che è avvenuto o può avvenire un cambiamento positivo. | _____ |
| Il terapeuta include nella conversazione i clienti in disparte (ad es. si inclina verso di loro, li chiama per nome, si rivolge direttamente a lui o a lei, ecc). | _____ |
| Il terapeuta chiede se i clienti hanno qualche domanda. | _____ |
| Il terapeuta elogia la motivazione del cliente al coinvolgimento o al cambiamento. | _____ |
| <i>Il terapeuta definisce gli obiettivi terapeutici o impone i compiti o le procedure, senza chiedere la collaborazione ai clienti.</i> | _____ |
| <i>*Il terapeuta litiga con i clienti sulla natura, i propositi o il valore della terapia.</i> | _____ |
| <i>Il terapeuta biasima o critica i clienti per come hanno fatto (o non fatto) un compito a casa assegnato in precedenza</i> | _____ |

Valuti il contributo del terapeuta al Coinvolgimento

-3 -2 -1 0 +1 +2 +3

* Indica la presenza di un item simile nella versione del cliente

Contributi del Terapeuta alla Connessione Emotiva

Membro della famiglia

*Il terapeuta condivide un momento umoristico o scherzoso con il cliente/i.

*Il terapeuta esprime confidenza o fiducia nei confronti del cliente/i.

Il terapeuta esprime interesse nei confronti del cliente/i, a prescindere dalla discussione terapeutica propriamente detta.

*Il terapeuta esprime attenzione o tocca il cliente/i in modo affettuoso e appropriato (ad es., stretta di mano, carezza sulla testa).

Il terapeuta esprime apertamente le sue reazioni personali o i suoi sentimenti riguardo il cliente/i o la situazione.

*Il terapeuta racconta apertamente alcune cose della sua vita personale.

Il terapeuta segnala o descrive come i suoi valori o le sue esperienze siano simili a quelle del cliente/i.

Il terapeuta (verbalmente o non verbalmente) esprime empatia per le difficoltà dei clienti (ad es., “Lo so che è dura”, “Sento la vostra sofferenza” o piange con il cliente).

Il terapeuta rassicura o normalizza la vulnerabilità emotiva del cliente (come il pianto, i sentimenti dolorosi).

*Il terapeuta ha interazioni ostili, sarcastiche o critiche con i clienti.

Il terapeuta non risponde alle espressioni di interesse o di affetto personale nei suoi confronti da parte dei clienti.

Valuti il contributo del terapeuta alla Connessione Emotiva

-3 -2 -1 0 +1 +2 +3

* Indica la presenza di un item simile nella versione del cliente

Contributi del Terapeuta alla Sicurezza all'interno del Sistema Terapeutico

Membro della famiglia

*Il terapeuta riconosce che la terapia implica il correre dei rischi o il discutere questioni private.

Il terapeuta fornisce una cornice e le linee guida per garantire sicurezza e privacy.

*Il terapeuta invita a discutere sugli elementi che possono intimidire nel contesto terapeutico (ad es., l'apparato di registrazione, il confronto con terzi, il trattamento osservativo in team, lo specchio unidirezionale, la ricerca, ecc.).

Il terapeuta aiuta i clienti a parlare in modo sincero e a non stare sulla difensiva l'uno con l'altro.

Il terapeuta è attento a contenere, controllare o gestire l'ostilità aperta fra i clienti.

Il terapeuta protegge attivamente un membro della famiglia da un altro (ad es., dalle accuse, dall'ostilità o dall'invasione emotiva).

Il terapeuta cambia argomento verso qualcosa di piacevole o non ansioso (ad es., con una piccola discussione sul tempo, l'arredamento della stanza, programmi televisivi, ecc.) quando sembra esserci tensione o ansia.

Il terapeuta chiede ad un cliente (o ad un sottosistema di clienti) di lasciare la stanza per restare solo con un cliente per parte della seduta.

Il terapeuta lascia che il conflitto familiare cresca in abusi verbali, minacce o intimidazioni.

Il terapeuta non è attento alle espressioni aperte di vulnerabilità del cliente (ad es., piangere, mettersi sulla difensiva).

Valuti il contributo del terapeuta alla Sicurezza

-3 -2 -1 0 +1 +2 +3

* Indica la presenza di un item simile nella versione del cliente

Contributi del Terapeuta al Senso di uno Scopo Condiviso all'interno della Famiglia

Membro della famiglia

*Il terapeuta incoraggia i clienti a raggiungere dei compromessi fra loro.

*Il terapeuta incoraggia i clienti a scambiarsi il loro punto di vista.

*Il terapeuta elogia i clienti per il rispetto del punto di vista altrui.

Il terapeuta enfatizza i punti in comune delle prospettive dei clienti sul problema o sulla soluzione.

Il terapeuta attira l'attenzione sui valori, le esperienze, i bisogni o i sentimenti condivisi dai clienti.

Il terapeuta incoraggia i clienti a mostrare affetto, interesse o supporto l'un l'altro.

*Il terapeuta incoraggia i clienti a chiedere agli altri un feedback.

**Il terapeuta non riesce a intervenire quando i membri della famiglia litigano tra loro riguardo lo scopo, il valore o la necessità della terapia.*

**Il terapeuta ignora le preoccupazioni espresse da un cliente, discutendo solamente quelle di un altro.*

Valuti il contributo del terapeuta al Senso di uno Scopo Condiviso

-3 -2 -1 0 +1 +2 +3

* *Indica la presenza di un item simile nella versione del cliente*

Nota. Da *SOFTA-o for therapists*, di V. Escudero, M.L. Friedlander e L. Deihl, 2004, strumento non pubblicato, pp. 1-5. Copyright 2004 by V. Escudero, M.L. Friedlander e L. Deihl. Riprodotto con il permesso degli Autori.

Linee guida per il rating (attribuzione di punteggio) del SOFTA-o

Dopo l'osservazione della seduta, il giudice assegna un punteggio a ciascuna delle quattro dimensioni per ciascun partecipante, nell'apposito spazio bianco. I punti di ancoraggio (-3 = *molto problematico*, 0 = *non classificabile o neutrale*, +3 = *molto forte*) si riferiscono sia alla frequenza del comportamento che alla sua significatività in seduta. Sulla scheda di valutazione del cliente, ad eccezione della dimensione Senso di uno Scopo Condiviso, ci sono quattro colonne di spazi bianchi vicino a ciascun indicatore: una per ciascuno di quattro membri della famiglia (il giudice scrive su ciascuna colonna il membro della famiglia). Sulla scheda del terapeuta, lo spazio bianco serve a riportare i conteggi o i commenti. Alla fine di ogni sezione c'è una scala Likert a 7 valori con punti di ancoraggio e uno spazio bianco per segnare il punteggio globale. (Si noti che sulla scheda del cliente, c'è solo uno spazio bianco per la dimensione Senso di uno Scopo Condiviso, perché deve essere segnata una sola valutazione per la coppia o l'intera famiglia).

Gli items comportamentali sono assunti come indicatori di dimensioni sottostanti più globali, che sono definite in termini più soggettivi (ad es.: in termini di consapevolezza ed emozioni da parte dei clienti nei confronti di ciascuna dimensione dell'alleanza, oppure in termini di contributo da parte del terapeuta alle stesse). I giudici devono basarsi sui singoli items contrassegnati per assegnare i punteggi globali ed evitare di affidarsi a impressioni intuitive sulle varie dimensioni.

Mentre guarda la seduta e sigla gli indicatori comportamentali, è impossibile per un giudice astenersi dal fare confronti sulla forza dell'alleanza fra i vari membri della famiglia. Perciò, la valutazione di ciascun membro della famiglia è influenzata dalla valutazione di tutti gli altri membri della famiglia. Per questo motivo, si dovrebbe seguire la seguente indicazione: il giudice dovrebbe dare una prima occhiata agli items contrassegnati e decidere chi in famiglia sembra essere il meno coinvolto e connesso emotivamente. Poi bisogna iniziare ad assegnare i punteggi a partire da questa persona, proseguendo quindi con il successivo membro della famiglia meno coinvolto. In questo modo, il membro della famiglia il cui comportamento suggerisce il maggior coinvolgimento e impegno è conteggiato per ultimo.

Per facilitare il passaggio dai contrassegni al punteggio numerico, i giudici dovrebbero usare le seguenti indicazioni per le dimensioni *Coinvolgimento*, *Sicurezza* e *Connessione Emotiva*:

1. Se in una data dimensione non è stato contrassegnato alcun item, il punteggio dovrebbe essere 0 (*non valutabile*). Questo significa che il terapeuta non ha fatto commenti che contribuiscano a creare o meno un'alleanza. Rispetto alla famiglia, il cliente che riceve una valutazione di 0 è visto come moderatamente allineato (altrimenti si sarebbe schierato contro la terapia o avrebbe lasciato la stanza). In terapia familiare, capita a volte che qualcuno non parli in seduta, soprattutto se ci sono molte persone nella stanza. Se non ci sono indicatori positivi o negativi e il cliente non parla, il punteggio dovrebbe essere 0.
2. Se sono segnati solo *items negativi*, il punteggio dovrebbe essere inferiore a

0. Sui punteggi del cliente, si assegna -3 (*molto problematico*) solo se è chiaro che la persona è antagonista alla terapia e manifesta l'antagonismo con i fatti - altrimenti il punteggio dovrebbe essere di -2 (*abbastanza problematico*) o -1 (*lievemente problematico*), a seconda di quanto il comportamento venga considerato negativo dal giudice.
3. Se sono siglati *solo items positivi*, il punteggio deve essere superiore a 0.
 4. Se l'unico item positivo è non verbale (apertura della parte superiore del corpo, rispecchiamento del linguaggio corporeo), il punteggio dovrebbe essere di +1 (*debole*).
 5. Il punteggio di +3 è dato *esclusivamente* se è evidente che il terapeuta sta facendo un grande sforzo o se il cliente è fortemente coinvolto nella terapia, come dimostrato dal mostrare molta vulnerabilità (Sicurezza) o dal prendere una parte molto attiva nel processo terapeutico (Coinvolgimento), o se è evidente una partecipazione chiara e intensa nei confronti del terapeuta (Connessione Emotiva). Altrimenti il punteggio potrebbe essere di +1 o +2, a seconda di quanto positivo venga considerato il comportamento. Se il cliente piangesse in maniera accorata, ad esempio, il punteggio dovrebbe essere probabilmente di +2 (*abbastanza forte*).
 6. Se sono contrassegnati *sia items positivi che negativi*, la valutazione dovrebbe essere -1, 0 o +1, a seconda del bilancio netto in termini di frequenza e significatività dei diversi comportamenti segnati. In questo caso uno 0 significa neutrale (cioè che gli items positivi e quelli negativi si annullano a vicenda).
 7. Si assegna -3 (*molto problematico*) *esclusivamente* quando è evidente che il cliente non è per nulla coinvolto in terapia.

Nonostante ciò, il compito del giudice rimane in qualche misura soggettivo. Alcuni comportamenti, soprattutto quelli non verbali, possono manifestarsi per tutta la durata della seduta (per es., i membri della famiglia si rispecchiano nella postura, a vicenda), mentre la maggior parte degli altri comportamenti, si verificano probabilmente una volta sola, o comunque raramente. Questo è il caso in cui il giudice deve decidere sulla significatività clinica del comportamento. Se, per esempio, un membro della famiglia "è d'accordo nel fare i compiti" una sola volta e con scarso entusiasmo, il punteggio assegnato potrebbe essere +1. Se lo stesso chiede dettagli circa i compiti e chiede quando, come e in quali circostanze dovrà esser fatto, il punteggio potrebbe essere +2. Se, infine, è particolarmente entusiasta e impegnato in ciò che gli è stato prescritto, il punteggio potrebbe essere +3.

Come esempio successivo, consideriamo l'item "Il cliente rifiuta o è riluttante nel rispondere al terapeuta". Se questo succede una sola volta o di rado, il punteggio dovrebbe essere -1. Se il cliente si rifiuta di parlare per una discreta parte della seduta, il punteggio potrebbe essere -2. Se l'intera seduta è trascorsa in questo modo, il punteggio dovrebbe essere -3.

Per la dimensione *Senso di uno Scopo Condiviso*, viene dato un solo punteggio per la coppia o per la famiglia. I giudici dovrebbero essere consapevoli che questa dimensione si riferisce a un senso di uno scopo condiviso *della terapia* e non della famiglia in generale, o del problema presentato. In altre parole, una coppia potrebbe godere molto

della reciproca compagnia, pur avendo differenti visioni sul valore della terapia per migliorare la relazione. Ancora, tutti i membri della famiglia potrebbero essere d'accordo sul fatto che il figlio adolescente abbia un problema; questo accordo riflette una condivisione su quale sia il problema, ma non necessariamente un senso di uno scopo condiviso *della terapia*. I genitori, per esempio, potrebbero indicare che il focus della terapia debbano essere i comportamenti sbagliati del figlio, ma l'adolescente potrebbe dire che la terapia è una completa perdita di tempo, o pensare che il terapeuta si debba concentrare sulla rigidità dei genitori e sull'alcolismo del padre. In questo caso, il senso di unità all'interno della famiglia rispetto alla terapia non è ottimale.

Sulla scheda del cliente, i giudici dovrebbero seguire le seguenti indicazioni per passare dalla valutazione del comportamento al punteggio globale del *Senso di uno Scopo Condiviso*:

1. I giudici per prima cosa devono vedere quanti membri della famiglia hanno items positivi e negativi contrassegnati.
2. Se non ci sono items contrassegnati *per nessun membro della famiglia*, il punteggio dovrebbe essere 0 (*non valutabile*). Come nelle altre valutazioni, l'idea di base è che vi sia almeno una condivisione moderata dello scopo all'interno della famiglia, se tutti sono presenti e non mostrano un comportamento indicativo di scarsa alleanza.
3. Se c'è *almeno un item positivo e nessun item negativo* segnato *per ogni membro familiare*, il punteggio dovrebbe essere almeno +1, e potrebbe essere +2 o +3, a seconda della valutazione del giudice sul numero e sulla significatività degli items contrassegnati.
4. Se c'è *almeno un item negativo per un solo membro, e nessun item positivo per nessun membro della famiglia*, il punteggio dovrebbe essere -1 o -2, a seconda di quanto negativo venga ritenuto il comportamento in seduta.
5. Se *due o più membri della famiglia* hanno items *negativi* contrassegnati, il punteggio dovrebbe essere di -3 o -2.
6. Se sono contrassegnati sia *items positivi che negativi* per ogni membro della famiglia, il punteggio dovrebbe variare da -1 a +1, a seconda del bilancio netto in termini di frequenza e significatività dei comportamenti segnati. In questo caso uno 0 significa neutrale (cioè che gli items positivi e quelli negativi si annullano a vicenda).
7. Se viene espresso in seduta un grande disaccordo fra i membri della famiglia circa il valore della terapia o su ciò che vi si deve ottenere, il punteggio dovrebbe essere -3, *anche se non sono stati segnati altri items negativi*.

Nota: Adattato da: *System for Observing Family Therapy Alliances (SOFTA-o) Training Manual – Revised* di M.L. Friedlander, V. Escudero, L. Heatherington, L. Deihl, et al., 2004, manoscritto non pubblicato. Disponibile su <http://www.softa-soatif.net>. Adattato con il permesso degli Autori.

Data _____ Valutazioni: _____

Registrazione #: _____

| Membro della Famiglia | Giudice #1 | Giudice #2 | Giudice #3 | Giudice #4 | Consenso |
|--|---------------|---------------|---------------|---------------|----------|
| Coinvolgimento | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Sicurezza | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Connessione Emotiva | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Senso di uno Scopo Condiviso Famiglia intera | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |

Commenti:

APPENDICE B: SOFTA-s (CLIENTE E TERAPEUTA)

SISTEMA DI OSSERVAZIONE DELLE ALLEANZE IN TERAPIA FAMILIARE – SELF REPORT (SOFTA-S)

SOFTA - s

Versione per il Cliente

Valuti le seguenti affermazioni ed indichi quanto è d'accordo con esse, cercando il numero appropriato:

| | Per niente | Lievemente | Moderatamente | Molto | Moltissimo |
|---|-------------------|-------------------|----------------------|--------------|-------------------|
| 1. Quello che avviene in terapia può risolvere i nostri problemi. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Il terapeuta mi comprende. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Le sedute di terapia aiutano ad aprirmi (a condividere i miei sentimenti, a tentare cose nuove...). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Tutti i membri della mia famiglia che partecipano alla terapia vogliono il meglio per la nostra famiglia e vogliono risolvere i nostri problemi. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Mi risulta difficile parlare col terapeuta di ciò su cui dovremmo lavorare in terapia. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

cont...

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 6. Il terapeuta sta facendo tutto il possibile per aiutarmi. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Mi sento a mio agio e rilassato durante le sedute di terapia. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Quelli di noi che partecipano alle sedute di terapia danno importanza al tempo e agli sforzi che tutti facciamo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Io e il terapeuta stiamo lavorando insieme come una squadra. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Il terapeuta è diventato una persona importante nella mia vita. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Ci sono alcuni argomenti di cui ho paura di discutere in terapia. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Alcuni membri della famiglia non sono d'accordo con gli altri sugli obiettivi della terapia. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. Comprendo il senso di quello che si sta facendo in terapia. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. Al terapeuta mancano le conoscenze e l'abilità per aiutarmi. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. A volte in terapia mi metto sulla difensiva. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. Ogni membro della nostra famiglia aiuta gli altri ad ottenere in terapia quello di cui ha bisogno. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

SOFTA – s

Versione per il Terapeuta

Valuti le seguenti affermazioni ed indichi quanto è d'accordo con esse, cercando il numero appropriato:

| | Per niente | Lievemente | Moderatamente | Molto | Moltissimo |
|---|------------|------------|---------------|-------|------------|
| 1. Quello che succede in terapia può risolvere i problemi di questa famiglia. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Comprendo questa famiglia. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Le sedute di terapia stanno aiutando i membri della famiglia ad aprirsi (a condividere emozioni, tentare cose nuove ...). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Tutti i membri della famiglia che partecipano alla terapia vogliono il meglio per la famiglia e vogliono risolvere i problemi. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. È difficile per me e per la famiglia discutere insieme di ciò su cui dovremmo lavorare in terapia. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Io sto facendo tutto il possibile per aiutare questa famiglia. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. I membri della famiglia si sentono a proprio agio e rilassati durante le sedute di terapia. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Tutti coloro che partecipano alle sedute di terapia apprezzano il tempo e gli sforzi che ciascuno fa. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Io e la famiglia stiamo lavorando insieme come una squadra. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Sono diventato una persona importante nella vita di questa famiglia. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Ci sono alcuni argomenti che i membri della famiglia hanno paura di discutere in terapia. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

cont...

| | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 12. Alcuni membri della famiglia non sono d'accordo con altri sugli obiettivi della terapia. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. Quello che io e questa famiglia stiamo facendo in terapia ha senso per me. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. Mi mancano le conoscenze e le abilità per aiutare questa famiglia. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. A volte alcuni membri della famiglia si mettono sulla difensiva in terapia. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. Ognuno in famiglia aiuta gli altri ad ottenere in terapia quello che desiderano. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Riassunto dei punteggi (SOFTA-s, versione per cliente e terapeuta)

| COINVOLGIMENTO | |
|------------------------------|-----------|
| Item | Punteggio |
| 1 | |
| *5 | |
| 9 | |
| 13 | |
| Totale | |
| CONNESSIONE EMOTIVA | |
| 2 | |
| 6 | |
| 10 | |
| *14 | |
| Totale | |
| SICUREZZA | |
| 3 | |
| 7 | |
| *11 | |
| *15 | |
| Totale | |
| SENSO DI UNO SCOPO CONDIVISO | |
| 4 | |
| 8 | |
| *12 | |
| 16 | |
| Totale | |
| PUNTEGGIO TOTALE | |

* Gli item con l'asterisco (5, 11, 12, 14 e 15) devono essere segnati al contrario, cioè 5=1, 4=2, 2=4 e 1=

Esempio: in quale misura il problema è causato dallo stress della vita moderna? Se contrassegna questo cerchio, significa che Lei giudica il problema come abbastanza causato dallo stress della vita moderna.



- Per nulla
- Poco
- Abbastanza
- Molto
- Del tutto

| | Per nulla | Poco | Abbastanza | Molto | Del tutto | |
|----|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---|
| 1 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | In quale misura questo è un problema della famiglia (piuttosto che il problema di un singolo)? |
| 2 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Questo problema è causato da circostanze ambientali che sono al di là del controllo delle persone coinvolte (per es., incidenti, perdita del lavoro, etc.)? |
| 3 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Questo problema risulta dal modo in cui due (o più) persone in famiglia si relazionano o comunicano fra loro? |
| 4 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Considera se stesso da biasimare o in torto per questo problema? |
| 5 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | C'è qualche altro membro della famiglia da biasimare o in torto per questo problema? |
| 6 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Questo problema è collegato a certi eventi o situazioni familiari avvenuti nella Sua famiglia di origine? |
| 7 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Questo problema è causato da una Sua malattia o condizione fisica? |
| 8 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Questo problema è causato dalla malattia o dalla condizione fisica di un membro della famiglia diverso da Lei? |
| 9 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Questo problema è causato dal modo in cui due (o più) membri della famiglia si comportano fra loro in "circolo vizioso" (per es., quanto più la moglie brontola, tanto più il marito si allontana e quanto più quest'ultimo si allontana, tanto più la prima brontola; oppure quanto più il fratello infastidisce la sorella, tanto più quest'ultima fa la spia ai genitori e quanto più la sorella fa la spia, tanto più il fratello la infastidisce)? |
| 10 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Questo problema dipende dalla cattiva sorte? |
| 11 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | C'è qualcuno in famiglia diverso da Lei responsabile della causa di questo problema? |
| 12 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Questo problema dipende dal fatto che i membri della famiglia non sanno vedere le cose dal punto di vista degli altri? |

cont...

| | | | | | | |
|----|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---|
| 13 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Questo problema è dovuto al corredo genetico di un familiare diverso da Lei ? |
| 14 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Questo problema è risolvibile ? |
| 15 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Questo problema è causato dal disturbo mentale di qualcuno in famiglia diverso da Lei ? |
| 16 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Questo problema è causato da come i membri della famiglia diversi da Lei intendono, o vedono, la situazione? |
| 17 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Questo problema è dovuto ai tratti di personalità di un membro della famiglia diverso da Lei ? |
| 18 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Questo problema è causato da un Suo disturbo mentale ? |
| 19 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Questo problema è legato ad eventi o situazioni familiari avvenuti nelle generazioni precedenti (cioè a cose avvenute quando i Suoi genitori o nonni erano piccoli) ? |
| 20 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Questo problema è dovuto ai Suoi tratti di personalità ? |
| 21 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Ha il potere o la capacità di controllare la risoluzione di questo problema ? |
| 22 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Questo problema è dovuto al Suo corredo genetico ? |
| 23 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Questo problema è causato da come Lei considera, o vede, il problema stesso ? |
| 24 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | I membri della famiglia diversi da Lei hanno il potere o la capacità di controllare la soluzione del problema? |
| 25 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | È Lei il responsabile della causa di questo problema? |
| 26 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Questo problema è causato dal Suo atteggiamento? |
| 27 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Questo problema è causato dall'atteggiamento di qualcuno in famiglia diverso da Lei? |

Ci sono altre cause del problema che non sono comprese nell'elenco precedente? In questo caso, La preghiamo di elencarle qui di seguito.

Nota. Da "Assessing Individual Family Members' Constructions of Family Problems" di L. Heatherington, M.L. Friedlander, B. Johnson, R.M. Buchanan, L.E. Burke, e E.M. Shaw, 1998, *Family Process*, 37, pp. 167-187. Copyright 1998 by Blackwell Publishing. Stampa autorizzata.

Profilo Riassuntivo

Nome _____ Data _____

| | | Per nulla | Poco | Abbastanza | Molto | Del tutto |
|--------------------------|----|-----------|------|------------|-------|-----------|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Problema familiare | 1 | | | | | |
| Ambiente | 2 | | | | | |
| Comunicazione | 3 | | | | | |
| Autoaccusa | 4 | | | | | |
| Eteroaccusa | 5 | | | | | |
| Famiglia di origine | 6 | | | | | |
| Malattia fisica propria | 7 | | | | | |
| Malattia fisica altrui | 8 | | | | | |
| Circolo vizioso | 9 | | | | | |
| Cattiva sorte | 10 | | | | | |
| Responsabilità altrui | 11 | | | | | |
| Diverso punto di vista | 12 | | | | | |
| Genetica altrui | 13 | | | | | |
| Risolubile | 14 | | | | | |
| Disturbo mentale altrui | 15 | | | | | |
| Pensiero altrui | 16 | | | | | |
| Personalità altrui | 17 | | | | | |
| Disturbo mentale proprio | 18 | | | | | |
| Generazioni passate | 19 | | | | | |
| Personalità propria | 20 | | | | | |
| Potere/controllo propri | 21 | | | | | |
| Genetica propria | 22 | | | | | |
| Pensiero proprio | 23 | | | | | |
| Potere/controllo altrui | 24 | | | | | |
| Responsabilità propria | 25 | | | | | |
| Atteggiamento proprio | 26 | | | | | |
| Atteggiamento altrui | 27 | | | | | |

BIBLIOGRAFIA

- Ackerman, N. W. (1966). *Treating the troubled family*. New York: Basic Books. [Tr. It.: *Patologia e terapia della vita familiare*. Milano: Feltrinelli, 1970].
- Alexander, J. F., Parsons, B. (1982). *Functional family therapy*. Monterey, CA: Brooks/Cole.
- Alexander, J. F., Robbins, M. S., Sexton, T. L. (2000). Family-based interventions with older, at-risk youth: From promise to proof to practice. *The Journal of Primary Prevention, 21*, 185-205.
- Alexander, L. B., Luborsky, L. (1987). The Penn Helping Alliance Scales. In L. S. Greenberg, W. M. Pinsof (Eds.), *The psychotherapeutic process: A research handbook* (pp. 325-356). New York: Guilford Press.
- American Psychological Association, Division 44/Committee on Lesbian, Gay, and Bisexual Concerns Joint Task Force. (2000). Guidelines for psychotherapy with lesbian, gay, and bisexual clients. *American Psychologist, 55*, 1440-1451.
- Andersen, T. (Ed.). (1991). *The reflecting team: Dialogues and dialogues about the dialogues*. New York: Brunner/Mazel.
- Anderson, C. (2003). Cassandra notes on the state of the family research and practice union. *Family Process, 42*, 323-329.
- Andolfi, M., Angelo, C. (1988). Toward constructing the therapeutic system. *Journal of Marital and Family Therapy, 14*, 237-247.
- Ariel, J., McPherson, D. W. (2000). Therapy with lesbian and gay parents and their children. *Journal of Marital and Family Therapy, 26*, 421-432.
- Asay, T. P., Lambert, M. J. (1999). The empirical case for the common factors in therapy: Quantitative findings. In M. A. Hubble, B. L. Duncan, S. D. Miller (Eds.). *The heart and soul of change: What works in therapy* (pp. 33-56). Washington, DC: American Psychological Association.
- Bachelor, A., Horvath, A. O. (1999). The therapeutic relationship. In M. A. Hubble, B. L. Duncan, S. D. Miller (Eds.). *The heart and soul of change: What works in therapy* (pp. 133-178). Washington, DC: American Psychological Association.
- Barnard, C. P., Kuehl, B. P. (1995). Ongoing evaluation: In-session procedures for enhancing the working alliance and therapy effectiveness. *American Journal of Family Therapy, 23*, 161-172.
- Bean, R. A., Perry, B. J., Bedell, T. M. (2001). Developing culturally competent marriage and family therapists: Guidelines for working with Hispanic families. *Journal of Marital and Family Therapy, 27*, 43-54.
- Beck, D. F., Jones, M. A. (1973). *Progress on family problems: A nationwide study of*

- clients' and counsellors views on family agency services*. Family Service Association of America, New York.
- Beck, M., Friedlander, M. L., Escudero, V. (2006). Three perspectives on clients' experiences of the therapeutic alliance: A discovery-oriented investigation. *Journal of Marital and Family Therapy*, 32, 355-368.
- Bennun, I. (1989). Perceptions of the therapist in family therapy. *Journal of Family therapy*, 11, 243-255.
- Berg, I. K., Miller, S. D. (1992). *Working with the problem drinker: A solution focused approach*. New York: Norton.
- Bibring, E. (1973). Therapeutic results of psychoanalysis. *International Journal of Psychoanalysis*, 18, 170-189.
- Bischoff, R., McBride, A. (1996). Client perceptions of couples and family therapy. *American Journal of Family Therapy*, 24, 117-128.
- Blanck, G., Blanck, R. (1979). *Ego psychology II: Psychoanalytic developmental psychology*. New York: Columbia University Press.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy*, 16, 252-260.
- Bordin, E. S. (1994). Theory and research on the therapeutic working alliance: New direction. In A. O. Horvath, L. S. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, research, and practice* (pp. 13-37). New York: Wiley.
- Boscolo, L., Cecchin, G., Hoffman, L., Penn, P. (1987). *Milan systemic family therapy*. New York: Basic Books. [Tr. It.: *La clinica sistemica. Dialoghi a quattro sull'evoluzione del modello di Milano*. Torino: Bollati Boringhieri, 2004.]
- Bourgeois, L., Sabourin, S., wright, J. (1990). Predictive validity of therapeutic alliance in group marital therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 608-613.
- Bowen, M. (1976). Theory in the practice of psychotherapy. In P. Guerin (Ed.), *Family therapy: Theory and practice* (pp. 42-91). New York: Gardner.
- Bradley, B., Furrow, J. L. (2004). Toward a mini-theory of the blamer softening event: Tracking the moment-by-moment process. *Journal of Marital and Family Therapy*, 30, 233-246.
- Brown, L. S. (1996). Ethical concerns with sexual minority patients. In R. P. Cabaj, T. S. Stein (Eds.), *Textbook of homosexuality and mental health* (pp. 897-916). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Brown, P. D., O'Leary, K. D. (2000). Therapeutic alliance: Predicting continuance and success in group treatment for spouse abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 340-345.
- Brown-Standridge, M. D., Piercy, F. P. (1988). Reality creation versus reality confirmation: A process study in marital therapy. *American Journal of Family Therapy*, 16, 195-215.
- Butler, M. H., Wampler, K. S. (1999). Couple-responsible therapy process: Positive proximal outcomes. *Family Process*, 28, 27-54.
- Carroll, J., Wyatt, G. K. (1990). Uses of humor in psychotherapy. *Psychological Reports*, 66, 795-801.
- Cauce, A. M., Domenech-Rodriguez, M., Paradise, M., Cochran, B. N., Munyi Shea,

- J., Srebnik, D., Baydar, N. (2002). Cultural and contextual influences in mental health seeking : A focus on ethnic minority youth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*, 44-55.
- Christensen, L. L., Russell, C. S., Miller, R. B., Peterson, C. M. (1998). The process of change in couples therapy: A qualitative investigation. *Journal of Marital and Family Therapy, 24*, 177-188.
- Cline, V. B., Mejia, J., Coles, j., Klein, N., ClineR. A. (1984). The relationship between therapist behaviors and outcome for middle - and lower - class couples in marital therapy. *Journal of Clinical Psychology, 40*, 691-704.
- Cohen, P., Hesselbart, C. (1993). Demographic factors in the use of children's mental health services. *American Journal of Public Health, 83*, 49-52.
- Coleman, H. L. K., Wampold, B. E., Casali, S. L. (1995). Ethnic minorities' ratings of ethnically similar and European American counselors: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology, 42*, 55-64.
- Colson, D. B., Cornsweet, C., Murphy, T., O'Malley, F., Hyland, P. S., McParland, M., Coyne, L. (1990). Perceived treatment difficulty and therapeutic alliance on an adolescent psychiatric hospital unit. *American Journal of Orthopsychiatry, 61*, 221-229.
- Coulehan, R., Friedlander, M. L., Heatherington, L. (1998). Transforming narratives: A change event in constructivist family therapy. *Family Process, 37*, 17-33.
- Coyne, J. P. Pepper, C. M. (1998). The therapeutic alliance in brief strategic therapy. In J. D. Safran & J. C. Muran (Eds.), *The therapeutic alliance in brief psychotherapy* (pp. 147-170). Washington, DC: American Psychological Association. [Tr. It.: *L'Alleanza in psicoterapia a breve termine*. Roma: ASPIC Edizioni Scientifiche, 2001.]
- DeJong, P., Berg, I. K. (1998). *Interviewing for solutions*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- De Rubeis, R. J., Feeley, M. (1990). Determinants of change in cognitive therapy for depression. *Cognitive Therapy and Research, 14*, 469-482.
- de Shazer, S. (1984). The death of resistance. *Family Process, 23*, 79-93.
- de Shazer, S. (1985). *Keys to solutions in brief therapy*. New York: Norton. [Tr. It.: *Chiavi per la soluzione in terapia breve*. Roma: Astrolabio, 1986.]
- de Shazer, S. (1988). *Clues: Investigating solutions in brief therapy*. New York: Norton.
- Diamond, G. M., Liddle, H. A., Hogue, A., Dakof, G. A. (1999). Alliance-building interventions with adolescents in family therapy: A process study. *Psychotherapy, 36*, 355-368.
- Diamond, G. S., Liddle, H. A. (1996). Resolving a therapeutic impasse between parents and adolescents in Multidimensional Family Therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*, 481-488.
- Diamond, G. S., Liddle, H. A. (1999). Transforming negative parent-adolescent interactions: From impasse to dialogue. *Family Process, 38*, 5-26.
- Diamond, G. S., Siqueland, L. (1995). Family therapy for the treatment of depressed adolescents [Special issue]. *Psychotherapy, 32*, 77, 90.
- Diamond, G. S., Siqueland, L. (1998). Emotion, attachment and the relational reframe: The first session. *Journal of Strategic and Systemic therapies, 17*, 37-49.

- Diamond, G. S., Siqueland, L., Diamond, G. M. (2003). Attachment-based family therapy for depressed adolescents: Programmatic treatment development. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 6, 107-127.
- Di Giuseppe, R., Linscott, J., Jilton, R. (1996). Developing the therapeutic alliance in child-adolescent psychotherapy. *Applied and Preventative Psychology*, 5, 85-100.
- Doehrman, M. J. (1976). Parallel processes in supervision and psychotherapy. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 40, 9-104.
- Dore, M. M., Alexander, L. B. (1996). Preserving families at risk of child abuse and neglect: The role of the helping alliance. *Child Abuse and Neglect*, 20, 349-361.
- Dozier, R. M., Hicks, M. W., Cornille, T. A., Peterson, G. W. (1998). The effect of Tomm's therapeutic questioning styles on therapeutic alliance: A clinical analog study. *Family process*, 37, 189-200.
- Eltz, M. J., Shirk, S. R., Sarlin, N. (1995). Alliance formation and treatment outcome among maltreated adolescents. *Child Abuse and Neglect*, 19, 419-431.
- Epstein, L., Feiner, A. H. (Eds.). (1979). *Countertransference*. Jason Aronson, Northvale, NJ.
- Escudero, V., Friedlander, M. L. (2002a). *SOATIF-o for clients*. Strumento non pubblicato. Disponibile sul SOFTA Web site, <http://www.softa-soatif.net>
- Escudero, V., Friedlander, M. L. (2002b). *SOATIF-s for clients*. Strumento non pubblicato. Disponibile sul SOFTA Web site, <http://www.softa-soatif.net>
- Escudero, V., Friedlander, M. L. (2003). El sistema de observación de la alianza terapéutica en intervención familiar (SOATIF): Desarrollo trans-cultural, fiabilidad, y aplicaciones del instrumento [System for Observing Family Therapy Alliances (SOFTA): Cross-cultural development, reliability, and instrument use]. *Mosaico*, 25, 32-36.
- Escudero, V., Friedlander, M. L., Deihl, L. (2004). *SOATIF-o for therapists*. Strumento non pubblicato. Disponibile sul SOFTA Web site, <http://www.softa-soatif.net>
- Escudero, V., Friedlander, M. L., Deihl, L. (2005, Agosto). *Identifying therapist contributions to the family therapy alliance*. Poster presentato alla 113ª conferenza annuale dell'American Psychological Association, Washington, DC
- Fadiman, A. (1997). *The spirit catches you and you fall down*. New York: Farrar, Strauss & Giroux.
- Feeley, M., DeRubeis, R. J., Gelf, L. A. (1999). The temporal relation of adherence and alliance to symptom change in cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 578-582.
- Firestone, A., O'Connell, B. (1980). Does the therapeutic relationship matter? A follow-up study of adherence and improvement in family therapy. *Australian Journal of Family Therapy*, 2, 17-21.
- Fisch, R., Weakland, J. H., Segal, L. (1982). *The tactics of change: Doing therapy briefly*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Fishman, H. C. (1988). *Treating troubled adolescents: A family therapy approach*. New York: Basic Books.
- Flaskas, C. (1989). Thinking about the emotional interaction of therapist and family. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 10, 1-6.
- Flaskas, C., Perlesz, A. (1998). The return of the therapeutic relationship in systemic

- therapy. In C. Flaskas, A. Perlesz (Eds.), *The therapeutic relationship in systemic therapy* (pp.1-12). London: H. Karnac.
- Florsheim, P., Shotorbani, S., Guest-Warnick, G., Barratt, T., Hwang, W. (2000). Role of the working alliance in the treatment of delinquent boys in community-based programs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 29*, 94-107.
- Framo, J. (1970). Symptoms from a family transactional viewpoint. In N. Ackerman (Ed.), *Family therapy in transition* (pp. 125-171). Boston: Little Brown.
- Framo, J. (1992). *Family-of-origin therapy: An intergenerational approach*. New York: Brunner/Mazel. [Tr. It.: *Terapia intergenerazionale. Un modello di lavoro con la famiglia d'origine*. Milano: Raffaello Cortina, 1996.]
- Freud, S. (1910). *Le prospettive future della terapia psicoanalitica*. OSF, vol. 6.
- Freud, S. (1912). *Dinamica della traslazione*. OSF, vol. 6
- Friedlander, M. L. (2000). Observational coding of family therapy processes: State of the art. In A. P. Beck, C. M. Lewis (Eds.), *The process of group psychotherapy Systems for analyzing change* (pp. 67-84). Washington, DC: American Psychological Association.
- Friedlander, M. L., Ellis, M. V., Raymond, L., Siegel, S.M., Milford, D. (1987). Convergence and divergence in the process of interviewing families. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, and Training, 24*, 570-583.
- Friedlander, M. L., Escudero, V. (2002). *SOFTA-s*. Strumento non pubblicato. Disponibile sul SOFTA Web site, <http://www.softa-soatif.net>
- Friedlander, M. L., Escudero, V., Guzmán, M. (2002). International exchanges in family Therapy: Training, research, and practice in Spain and the U.S. *The Counseling Psychologist, 30*, 314-329.
- Friedlander, M. L., Escudero, V., Haar, N., Higham, J. (2005, June). *Introducing the SOFTA-s (self-report version of the System for Observing Family Therapy Alliances)*. Poster presentato alla conferenza annuale della Society for Psychotherapy Research, Montreal, Quebec, Canada.
- Friedlander, M. L., Escudero, V., Heatherington, L., Deihl, L., Field, N., Lehman, P., McKee, M., Cutting, M. (2004). *System for Observing Family Therapy Alliances (SOFTA-o) training manual-revised*. Scaricabile online al sito (Link controllato dagli Autori in data 28 Settembre 2005): http://www.softa-soatif.com/docusofta/softa%20instruments/manuales/Softa_CodingManual.pdf
- Friedlander, M. L., Escudero, V., Horvath, A. O., Heatherington, L., Cabero, A., Martens, M. (2006). System for Observing Family Therapy Alliances: A tool for research and practice. *Journal of Counseling Psychology, 53*, 214-225.
- Friedlander, M. L., Heatherington, L. (1989). Analyzing relational control in family therapy interviews. *Journal of Counseling Psychology, 36*, 139-148.
- Friedlander, M. L., Heatherington, L., Johnson, B., Skowron, E. A. (1994). "Sustaining engagement": A change in family therapy. *Journal of Counseling Psychology, 41*, 438-448.
- Friedlander, M. L., Heatherington, L., Marrs, A. (2000). Responding to blame in family therapy: A narrative/constructionist perspective. *American Journal of Family Therapy, 28*, 133-146.

- Friedlander, M. L., Highlen, P. S., Lassiter, W. L. (1985). Content analytic comparison of four expert counselors' approaches to family treatment: Ackerman, Bowen, Jackson, and Whitaker. *Journal of Counseling Psychology*, 32, 171-180.
- Friedlander, M. L., Lehman, P., McKee, M., Field, N., Cutting, M. (2000, Agosto). *Development of the Family Therapy Alliance Observer Rating Scale*. Contributo presentato alla conferenza annuale dell'American Psychological Association, Washington, DC.
- Friedlander, M. L., Lehman, P., McKee, M., Field, N., Cutting, M., Escudero, V., et al. (2001, Novembre). *The alliance in couples and family therapy: Initial stages in the development of an observational rating system*. Contributo presentato alla conferenza della North American Society for Psychotherapy Research, Puerto Vallarta, Mexico.
- Friedlander, M. L., Talka, K., Haar, N., Higham, J., Martens, M., Deihl, L. (2003, Novembre). *Construct validity of the SOFTA/SOATIF: Incunabulae*. Contributo presentato alla conferenza semestrale della North American Society for Psychotherapy Research, Newport, RI.
- Friedlander, M. L., Wildman, J., Heatherington, L., Skowron, E. A. (1994). What we do and don't know about the process of family therapy. *Journal of Family Psychology*, 8, 390, 416.
- Friedman, M. (1985). *The healing dialogue in psychotherapy*. New York: Jason Aronson.
- Gaston, L., Marmat, C. R. (1994). The California Psychotherapy Alliance Scales. In A. O. Horvath, L. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, research, and practice* (pp. 85-108). New York: Wiley.
- Gehart, D. R., Lyle, R. R. (2001). Client experience of gender in therapeutic relationship: An interpretative ethnography. *Family Process*, 40, 443-458.
- Gelso, C. J., Carter, J. (1985). The relationship in counseling and psychotherapy: Components, consequences, and theoretical antecedents. *The Counseling Psychologist*, 13, 155-244.
- Gelso, C. J., Carter, J. (1994). Components of the psychotherapy relationship: Their interaction and variation during treatment. *Journal of Counseling Psychology*, 41, 296-306.
- Gelso, C. J., Hayes, J. (2002). The management of countertransference. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 267-283). London: Oxford University Press.
- Gelso, C. J., Mohr, J. J. (2001). The working alliance and the transference/countertransference relationship: Their manifestation with racial/ethnic and sexual orientation minority clients and therapists. *Applied and Preventative Psychology*, 10, 51-68.
- Gibney, P. (1998). To embrace paradox (once more, with feeling): A commentary on narrative/conversational therapies and the therapeutic relationship. In C. Flaskas, A. Perlesz (Eds.), *The therapeutic relationship in systemic therapy* (pp. 99-107). London: H. Karnac.
- Goldfried, M. R. (1982). Resistance in clinical behavior therapy. In P. L. Wachtel (Ed.), *Resistance* (pp. 95-113). New York: Plenum Press.

- Goldfried, M. R., Eubanks-Carter, C. (2004). On the need for a new psychotherapy research paradigm: Comment on Westen, Novotny, and Thompson-Brenner (2004). *Psychological Bulletin*, 130, 669-673.
- Goldfried, M. R., Wolfe, B. E. (1996). Psychotherapy practice and research: Repairing a strained relationship. *American Psychologist*, 51, 1007-1016.
- Goolishian, H., Anderson, H. (1992). Strategy and intervention versus nonintervention: A matter of theory. *Journal of Marital and Family Therapy*, 18, 5-15.
- Gottman, J. (1994). *What predicts divorce*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Gray, J. (1992). *Men are from Mars, women are from Venus: A practical guide for improving communication and getting what you want in relationships*. New York: HarperCollins. [Tr. It.: *Gli uomini vengono da Marte, le donne da Venere. Imparare a parlarsi per continuare ad amarsi*. Milano: Sonzogno, 2004]
- Green, R. J., Herget, M. (1991). Outcomes of systemic/strategic team consultation: III. The importance of therapist warmth and active structuring. *Family Process*, 30, 321, 336.
- Greenberg, L. S., Johnson, S. M. (1988). *Emotionally-focused therapy for couples*. New York: Guilford press.
- Greenson, R. (1967). *The technique and practice of psychoanalysis*. New York: International Universities Press. [Tr. It.: *Tecnica e pratica psicoanalitica*. Milano: Feltrinelli, 1974.]
- Guerin, P. J., Fogarty, T. F., Fay, L. F., Kautto, J. G. (1996). *Working with relationship triangles: The one-two-three of psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Gurman, A. S., Kniskern, D. P. (1978). Research on marital and family therapy: Progress, perspective and prospect. In S. L. Garfield, E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis* (II edizione, pp. 817-901). New York: Wiley.
- Haley, J. (1973). *Strategies of psychotherapy*. New York: Grune & Stratton. [Tr. It.: *Le strategie della psicoterapia*. Firenze: Sansoni, 1974.]
- Haley, J. (1976). *Problem-solving therapy*. San Francisco: Jossey-Bass. [Tr. It.: *La terapia del problem-solving. Nuove strategie per una terapia familiare efficace*. Roma: Nuova Italia Scientifica, 1985.]
- Hall, G. C. N. (2001). Psychotherapy research with ethnic minorities: Empirical, ethical, and conceptual issues. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 502-510.
- Hanish, L. D., Tolan, P. H. (2001). Patterns of change in family-based aggression prevention. *Journal of Marital and Family Therapy*, 27, 213-226.
- Hardham, V. (1998). Embedded and embodied in the therapeutic relationship: Understanding the therapist's use of self systemically. In C. Flaskas, A. Perlesz (Eds.), *The therapeutic relationship in systemic therapy* (pp. 71-89). London: H. Karnac.
- Hardy, K. V., Laszloffy, T. A. (2002). Couple therapy using a multicultural perspective. In A. S. Gurman, N. S. Jacobson (Eds.), *Clinical handbook of couple therapy* (pp. 569-593). New York: Guilford Press.
- Hartley, D., Strupp, H. H. (1983). The therapeutic alliance: Its relationship to outcome in brief psychotherapy. In J. Masling (Ed.), *Empirical studies of psychoanalytic theories* (Vol. 1, pp. 1-37). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

- Hathaway, W. L., Scott, S. Y., Garver, S. A. (2004). Assessing religious/spiritual functioning: A neglected domain in clinical practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 35, 97-105.
- Hayes, J. A., McCracken, J. E., McClanahan, M. K., Hill, C. E., Harp, J. S., Carozzoni, P. (1998). Therapist perspectives on countertransference: Qualitative data in search of a theory. *Journal of Counseling Psychology*, 45, 468-482.
- Heatherington, L. (1989). Toward more clinically meaningful research: taking context into account in coding psychotherapy interaction. *Psychotherapy*, 26, 436-447.
- Heatherington, L., Friedlander, M. L. (1990a). Applying task analysis to structural family therapy. *Journal of Family Psychology*, 4, 36-48.
- Heatherington, L., Friedlander, M. L. (1990b). Couple and Family Therapy Alliance Scales: Empirical considerations. *Journal of Marital and Family Therapy*, 16, 299-306.
- Heatherington, L., Friedlander, M. L. (2004). From dyads to triads and beyond: Relational communication in individual and family therapy. In V. Escudero, E. Rogers (Eds.), *Relational Communication: An interactional perspective to the study of process and form* (pp. 103-129). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Heatherington, L., Friedlander, M. L., Greenberg, L. S. (2005). Change process research in couples and family therapy: Methodological challenges and opportunities. *Journal of Family Psychology*, 19, 18-27.
- Heatherington, L., Friedlander, M. L., Johnson, B., Buchanan, R. M., Burke, L. E., Shaw, E. M. (1998). Assessing individual family members' constructions of family problems. *Family process*, 37, 167-187.
- Heatherington, L., Friedlander, M. L., Johnson, W. L. (1989). Informed consent in family therapy research: Ethical dilemmas and practical problems. *Journal of Family Psychology*, 2, 373-385.
- Hedges, L. E. (1992). *Interpreting the countertransference*. New York: Jason Aronson.
- Helmeke, K. B., Sprenkle, D. H. (2000). Clients' perceptions of pivotal moments in couples therapy: A qualitative study of change in therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 26, 469-483.
- Henggeler, S., Borduin, C. (1990). *Family therapy and beyond: A multisystemic approach to treating the behaviour problems of children and adolescents*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Henry, W. P., Strupp, H. H. (1994). The therapeutic alliance as interpersonal process. In A. O. Horvath, L. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, research, and practice* (pp. 51-84). New York: Wiley.
- Hoffman L. (1981). *Foundations of family therapy*. New York: Basic Books. [Tr. It.: *Principi di terapia della famiglia*. Astrolabio: Roma, 1984.]
- Hoffman, L. (1991). *Relational system work: Family therapy in a different voice*. Manoscritto non pubblicato.
- Horvath, A. O. (1994). Empirical validation of Bordin's pantheoretical model of the alliance: The Working Alliance Inventory perspective. In A. O. Horvath, L. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, research, and practice* (pp. 109-130). New York: Wiley.
- Horvath, A. O., Bedi, R. P. (2002). The alliance. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy*

- relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 37-69). New York: Oxford University Press.
- Horvath, A. O., Friedlander, M. L., Symonds, D., Gruter-Andrews, J. (2003, Novembre). *Perspectives of alliance in couples therapy: Contrasting the "lived" and the "observed" relationship*. Contributo presentato alla conferenza semestrale della North America Society for Psychotherapy Research, Newport, RI.
- Horvath, A. O., Greenberg, L. S. (1986). The development of the Working Alliance Inventory. In L. S. Greenberg, W. M. Pinsof (Eds.), *The psychotherapeutic process: A research handbook* (pp. 529-556). New York: Guilford Press.
- Horvath, A. O., Greenberg, L. S. (1989). *The working alliance: Theory, research, and practice*. New York: Wiley.
- Horvath, A. O., Symonds, B. D. (1991). Relation between the working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 139-149.
- Housgaard, E. (1994). The therapeutic alliance – A conceptual analysis. *Scandinavian Journal of Psychology*, 34, 67-85.
- Imber-Black, E. (1993). Secrets in families and family therapy: An overview. In E. Imber-Black (Ed.), *Secrets in families and family therapy* (pp. 3-28). New York: Norton.
- Jacobson, N. S., Margolin, G. (1979). *Marital therapy: Strategies based on social learning and behavior exchange principles*. New York: Brunner/Mazel.
- Johnson, L. N., Wright, D. W., Ketring, S. A. (2002). The therapeutic alliance in home-based family therapy: Is it predictive of outcome? *Journal of Marital and Family Therapy*, 28, 93-102.
- Johnson, S. M., Talitman, E. (1997). Predictors of success in emotionally focused marital therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 23, 135-152.
- Keith, D. V., Connell, G. M., Connell, L. C. (2001). *Defiance in family*. Philadelphia: Routledge.
- Kerr, E., Bowen, M. (1988). *Family evaluation*. New York: Norton. [Tr. It.: *La valutazione della famiglia: un approccio terapeutico basato sulla teoria boweniana*. Roma: Astrolabio, 1990.]
- Kiesler, D. J. (1966). Some myths of psychotherapy and the search for a paradigm. *Psychological Bulletin*, 65, 110-136.
- Kiesler, D. J. (1983). The 1982 interpersonal circle: A taxonomy for complementarity in human transactions. *Psychological Review*, 90, 185-214.
- Kim, E. Y., Bean, R. A., Harper, J. M. (2004). Do general treatment guidelines for Asian American families have applications to specific ethnic groups? The case of culturally-competent therapy with Korean Americans. *Journal of Marital and Family Therapy*, 30, 359-372.
- Kiresuk, T. J., Smith, A., Cardillo, J. E. (1994). *Goal attainment scaling: Applications, theory, and measurement*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Klein, M. (1946). Notes on some schizoid mechanisms. *International Journal of Psychoanalysis*, 27, 99-110.
- Klein, N. C., Alexander, J. F., Parsons, B. V. (1977). Impact of family systems intervention on recidivism and sibling delinquency: A model of primary prevention and

- program evaluation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 45, 469-474.
- Knobloch-Fedders, L. M., Pinsof W. M., Mann, B. J. (2004). The formation of the therapeutic alliance in couple therapy. *Family Process*, 43, 425-442.
- Knobloch-Fedders, L. M., Pinsof W. M., Mann, B. J. (2007). Therapeutic alliance and treatment progress in couple psychotherapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 33, 245-257.
- Koot, H. M., Verhulst, F. C. (1992). Prediction of children's referral to mental health and special education services from earlier adjustment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 33, 717-729.
- Krupnick, J. L., Sotsky, S. M., Simmens, A., Moyer, J., Elkin, I., Watkins, J., Pilkonis, P. A. (1996). The role of alliance in psychotherapy and pharmacotherapy outcome: Findings in the National Institute of Mental Health treatment of depression collaborative research program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 532-539.
- Kuehl, B. P., Newfield, N. A., Joanninf, H. P. (1990). A client-based description of family therapy. *Journal of Family Psychology*, 3, 310-312.
- Ladany, N., Friedlander, M. L., Nelson, M. L. (2005). *Critical events in psychotherapy supervision: An interpersonal approach*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Laird, J. (2000). Gender in lesbian relationships: Cultural, feminist, and constructionist reflections. *Journal of Marital and Family Therapy*, 26, 455-467.
- Lax, W. D. (1991). The reflecting team and the initial consultation. In T. Andersen (Ed.), *The reflecting team: Dialogues and dialogues about the dialogues* (pp. 127-142). New York: Brunner/Mazel.
- Levant, R. F., Philpot, C. L. (2002). Conceptualizing gender in marital and family therapy research: The gender role strain paradigm. In H. A. Liddle, D. A. Santisteban, R. F. Levant, J. H. Bray (Eds.), *Family psychology: Science-based interventions* (pp. 301-329). Washington, DC: American Psychological Association.
- Liddle, H. A. (2002). *Multidimensional family therapy: A treatment manual*. Rockville, MD: Center of Substance Abuse Treatment.
- Liddle, H. A., Dakof, G., Diamond, G. (1991). Adolescent substance abuse: Multidimensional family therapy in action. In E. Kaufman, P. Kaufman (Eds.), *Family therapy approaches with drug and alcohol problems* (II edizione, pp. 120-171). Boston: Allyn & Bacon.
- Liddle, H. A., Schwartz, S. J. (2002). Attachment and family therapy: Clinical utility of adolescent-family attachment research. *Family Process*, 41, 455-476.
- Lipman-blumen, J., Handley-Isaksen, A., Leavitt, H. J. (1983). Achieving styles in men and women: A model, an instrument, and some findings. In J. Spence (Ed.), *Achievement and achievement motives* (pp. 151-204). San Francisco: Freeman.
- Little, M. (1951). Countertransference and the patient's response to it. *International Journal of Psychoanalysis*, 32, 32-40.
- Long, J. K., Serovich, J. M. (2003). Incorporating sexual orientation into MFT training programs: Infusion and inclusion. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29, 59-67.
- Lu, Y., Lum, D., Chen, S. (2001). Cultural competency and achieving styles in clinical

- social work : A conceptual and empirical exploration. *Journal of Ethnic and Cultural Diversity in Social Work*, 9, 1-32.
- Luborsky, L. (1994). Therapeutic alliances as predictors of psychotherapy outcomes: Factors explaining the predictive success. In A. O. Horvath, L. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, research, and practice* (pp. 38-50). New York: Wiley.
- Luborsky, L., Crits-Cristoph, P., Alexander, L., Margolis, M., Cohen, M. (1983). Two helping alliance methods for predicting outcomes of psychotherapy: A counting signs vs. global rating method. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 171, 480-491.
- Luepnitz, D. A. (1988). *The family interpreted*. New York: Basic Books.
- MacKinnon, L. K. (1998). *Trust and betrayal in the treatment of child abuse*. New York: Guilford Press.
- Madsen, N. C. (1999). *Collaborative therapy with multi-stressed families*. New York: Guilford Press.
- Mamodhousen, S., Wright, J., Tremblay, N., Poitras-Wright, H. (2005). Impact of marital and psychological distress on therapeutic alliance in couples undergoing couple therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 31, 159-169.
- Marmar, C., Gaston, L., Gallagher, D., Thompson, L. (1989). Alliance and outcome in late-life depression. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 177, 464-471.
- Martin, D. J., Garske, J. P., Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 438-450.
- McElroy, L. P., McElroy, R. A. (1991). Countertransference issues in the treatment of incest families [Numero speciale]. *Psychotherapy*, 28, 48-54.
- Meyer, B., Pilkonis, P. A., Krupnick, J. L., Egan, M. K., Simmens, S. J., Sotsky, S. M. (2002). Treatment expectancies, patient alliance, and outcome: Further analyses from the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 70, 1051-1055.
- Minuchin, S. (1974). *Families and family therapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press. [Tr. It.: *Famiglie e terapia della famiglia*. Roma: Astrolabio, 1976.]
- Minuchin, S., Fishman, C., (1981). *Techniques of family therapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press. [Tr. It.: *Guida alle tecniche della terapia della famiglia*. Roma: Astrolabio, 1982.]
- Minuchin, S., Montalvo, B., Guerney, B. G., Jr., Rosman, B.L., Schumer, F. (1967). *Families of the slums*. New York: Basic Books.
- Minuchin, S., Rosman, B. L., Baker L. (1978). *Psychosomatic families: Anorexia Nervosa in context*. Cambridge, MA: Harvard University Press. [Tr. it.: *Famiglie psicosomatiche. L'anoressia mentale nel contesto familiare*. Roma: Astrolabio, 1980.]
- Morrow, S. L. (2000). First do no harm: Therapist issues in psychotherapy with lesbian, gay, and bisexual clients. In R. M. Perez, K. A. DeBord, K. J. Biescke (Eds.), *Handbook of counseling and psychotherapy with lesbian, gay, and bisexual clients* (pp. 137-156). Washington, DC: American Psychological Association.
- Muir, J. A., Shwartz, S. J., Szapocznik, J. (2004). A program of research with Hispanic and African American families: Tridecades of interventions development and test-

- ing influenced by the changing cultural context of Miami. *Journal of Marital and Family Therapy*, 30, 285-303.
- Muran, J. C., Safran, J. D. (1998). Negotiating the therapeutic alliance in brief psychotherapy: An introduction. In J. D. Safran, J. C. Muran (Eds.), *The therapeutic alliance in brief psychotherapy* (pp. 3-14). Washington, DC: American Psychological Association. [Tr. It.: *L'alleanza in psicoterapia a breve termine*. Roma: ASPIC Edizioni Scientifiche, 2001.]
- Myers, I. B., McCaulley, M. H. (1985). *Manual: A guide to the development and use of the Myers-Briggs Type Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Nathan, P. E., Gorman, J. M. (1998). *Treatments that work*. New York: Oxford University Press.
- Neill, J. R., Kniskern, D. P. (Eds.). (1982). *From psyche to system: The evolving therapy of Carl Whitaker*. New York: Guilford Press. [Tr. It.: *Dalla psiche al sistema: l'evolversi della terapia di C. Whitaker*. Milano: Giuffrè Editore, 1989]
- Nelson, B. A., Stake, J. E. (1994). The Myers-Briggs Type Indicator personality dimensions and perceptions of quality of therapy relationships. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, and Training*, 31, 449-455.
- Nichols, M. P. (1987). *The self in the system*. New York: Brunner/Mazel.
- Nichols, M. P., Schwartz, R. (2004). *Family therapy: Concepts and methods (6th Edition)*. Boston: Allyn & Bacon.
- Norcross, J. C. (2002). Empirically supported therapy relationships. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work* (pp. 3-16). Oxford, England: Oxford University Press.
- Oetzel, K. B., Scherer, D. G. (2003). Therapeutic engagement with adolescents in psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, and Training*, 40, 215-225.
- O'Hanlon, W. H., Weiner-Davis, M. (1989). *In search of a solution: A new direction in psychotherapy*. New York: Norton.
- Palmer, R., Bor, R. (2001). The challenges of intimacy and sexual relationships for gay men in HIV serodiscordant relationships: A pilot study. *Journal of Marital and Family Therapy*, 27, 419-431.
- Patterson, G. R., Forgatch, M. S. (1985). Therapist behaviour as a determinant for client non-compliance: A paradox for the behaviour modifier. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 846-851.
- Piercy, F. P., Laird, R., Mohammed, Z. (1983). A family therapist rating sale. *Journal of Marital and Family Therapy*, 9, 49-59.
- Pinsof, W. B. (1994). An integrative systems perspective on the therapeutic alliance: Theoretical, clinical, and research implications. In A. O. Horvath, L. S. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, research, and practice* (pp. 173-195). Wiley, New York.
- Pinsof, W. B. (1995). *Integrative problem-centered therapy*. New York: Basic Books.
- Pinsof, W. B. (1999). *Family Therapy Alliance Scale-Revised*. Evanston, IL: The Family Institute (Documento non pubblicato).
- Pinsof, W. B., Catherall, D. (1986). The integrative psychotherapy alliance: Family, couple, and individual therapy scales. *Journal of Marital and Family Therapy*, 12, 137-151.

- Pinsof, W. B., Wynne, L. C. (2000). Toward progress research: Closing the gap between family therapy practice and research. *Family Process*, 26, 1-8.
- Pittman, F. (1987). *Turning points: Treating families in transition and crisis*. New York: Norton.
- Postner, R. S., Gutman, H. A., Sigal, J. J., Epstein, N. B., Rakoff, V. M. (1971). Process and outcome in conjoint family therapy. *Family Process*, 10, 451-474.
- Prinz, R. J., Miller, G. E. ((1994). Family-based treatment for childhood antisocial behavior : Experimental influences on dropout and engagement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 645-650.
- Quinn, W. H., Dotson, D., Jordan, K. (1997). Dimensions of therapeutic alliance and their associations with outcome in family therapy. *Psychotherapy Research*, 7, 429-438.
- Rait, D. S. (1998). The therapeutic alliance in couples and family therapy: Theory in practice. In *Session: Psychotherapy in Practice*, 1, 59-72.
- Rait, D. S. (1998). Perspectives on the therapeutic alliance in brief couples and family therapy. In J. D. Safran, J. C. Muran (Eds.), *The therapeutic alliance in brief psychotherapy* (pp. 171-191). Washington, DC: American Psychological Association. [Tr. It.: *L'alleanza in psicoterapia a breve termine*. Roma: ASPIC Edizioni Scientifiche, 2001.]
- Raue, P. J., Goldfried, M. R. (1994). The therapeutic alliance in cognitive-behavior therapy. In A. O. Horvath, L. S. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, research, and practice* (pp. 131-152). Wiley, New York.
- Raymond, L., Friedlander, M. L., Heatherington, L., Ellis, M. V., Sargent, J. (1993). Communication processes in structural family therapy: Case study of an anorexic family. *Journal of Family Psychology*, 6, 308-326.
- Real, T. (1990). The therapeutic use of self in construction/systemic therapy. *Family Process*, 29, 255-272.
- Reynes, R. I., Allen, A. (1987). Humor in psychotherapy: A view. *American Journal of Psychotherapy*, 41, 260-270.
- Ritter, K. Y., Terndrup, A. I. (2002). *Handbook of affirmative psychotherapy with lesbians and gay men*. New York: Guilford Press.
- Robbins, M. S., Turner, C. W., Alexander, J. F., Perez, G. A. (2003). Alliance and dropout in family therapy for adolescents with behaviour problems: Individual and systemic effects. *Journal of Family Psychology*, 17, 534-544.
- Rogers, C. R., (1951). *Client centered therapy*. Cambridge, MA: Riverside Press. [Tr. It.: *Terapia centrata sul cliente*. La Nuova Italia: Firenze, 1997.]
- Rose, E. M., Westefeld, J. S., Ansely, T. N. (2001). Spiritual issues in counseling: Clients' beliefs and preferences. *Journal of Counseling Psychology*, 48, 61-71.
- Rosenberger, E. W., Hayes, J. A. (2002). Therapist as subject: A review of empirical countertransference literature. *Journal of Counseling and Development*, 80, 264-270.
- Ryan, D., Carr, A. (2001). A study of the differential effects of Tomm's questioning styles on the therapeutic alliance. *Family Process*, 40, 67-77.
- Safran, J. D., Muran, J. D. (1996). The resolution of ruptures in the therapeutic alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 447-458.

- Safran, J. D., Muran, J. D. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. New York: Guilford Press. [Tr. It.: *Teoria e pratica dell'alleanza terapeutica*. Bari: Laterza, 2003.]
- Santiago-Rivera, A. L., Arredondo, P., Gallardo-Cooper, M. (2002). *Counseling Latinos and la familia: A practical guide*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Santisteban, D. A., Szapocznik, J., Perez-Vidal, A., Kurtines, W. M., Murray, E., LaPerriere, A. (1996). Efficacy of intervention for engaging youth and families into treatment and some variables that may contribute to differential effectiveness. *Journal of Family Psychology*, 10, 35-44.
- Satir, V., (1964). *Conjoint family therapy*. Palo Alto, CA: Science and Behavior Books. [Tr. It.: *Psicodinamica e psicoterapia del nucleo familiare*. Roma: Armando Editore, 1973.]
- Saunders, S. M., Howard, K. I., Orlinsky, D. E. (1989). The therapeutic Bond Scales: Psychometric characteristics and relationship to treatment effectiveness. *Psychological Assessment: Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 447-458.
- Scharff, D. E. (1989). Transference, countertransference, and technique in object relations family therapy. In J. S. Scharff (Ed.), *Foundations of object relations family therapy* (pp. 421-445). Northvale, NJ: Jason Aronson. [Tr. It.: *I fondamenti della terapia familiare basata sulle relazioni oggettuali*. Milano: Franco Angeli, 1999.]
- Scharff, D. E., Scharff, J. S. (1987). *Object relations family therapy*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Searles, H. (1963). Transference psychosis in the psychotherapy of schizophrenia. *International Journal of Psychoanalysis*, 44, 249-281.
- Sells, S. P., Smith, T. E., Moon, S. (1996). An ethnographic study of client and therapist perceptions of therapy effectiveness in a university-based training clinic. *Journal of Marital and Family Therapy*, 22, 321-342.
- Selvini-Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., Prata, G., (1975). *Paradosso e controparadosso*. Milano, Feltrinelli.
- Serovich, J. M., Mosack, K. E. (2000). Training issues for supervisors of marriage and family therapists working with persons living with HIV. *Journal of Marital and Family Therapy*, 26, 103-111.
- Sexton, T. L., Alexander, J. F. (2003). Functional Family Therapy: A mature model for working with at-risk adolescents and their families. In T. L. Sexton, g. R. Weeks, M. S. Robbins (Eds.), *Handbook of family therapy: The science and practice of working with families and couples* (pp. 323-350). New York: Brunner Routledge.
- Sexton, T. L., Ridley, C. R., Kleiner, A. J. (2004). Beyond common factors: Multilevel-process models of therapeutic change in marriage and family therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 30, 131-149.
- Sexton, T. L., Robbins, M. S., Hollimon, A. S., Mease, A. L., Mayorga, C. C. (2003). Efficacy, effectiveness, and change mechanisms in couple and family therapy. In T. L. Sexton, g. R. Weeks, M. S. Robbins (Eds.), *Handbook of family therapy: The science and practice of working with families and couples* (pp. 229-262). New York: Brunner Routledge.
- Shapiro, R. J. (1974). Therapists' attitudes and premature termination in family and individual therapy. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 159 (2), 101-107.

- Shelef, K., Diamond, G. M., Diamond, G. S., Liddle, H. H. (2005). Adolescent and parent alliance and treatment outcome in multidimensional family therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 689-698.
- Shields, C. G., McDaniel, S. H. (1992). Process differences between male and female therapists in a first family interview. *Journal of Marital and Family Therapy*, 18, 143-151.
- Shields, C. G., Sprenkle, D. H., Constantine, J. A. (1991). Anatomy of an initial interview: The importance of joining and structuring skills. *American Journal of Family therapy*, 19, 3-18.
- Sigal, J., Barrs, C., Doubliet, A. (1976). Problems in measuring the success of family therapy in a common clinical setting: Impasse and solution. *Family Process*, 15, 225-233.
- Slipp, S. (1984). *Object relations: A bridge between individual and family treatment*. New York: Jason Aronson.
- Slipp, S., Ellis, S., Kressel, K. (1974). Factors associated with engagement in family therapy. *Family Process*, 13, 413-427.
- Sluzki, C. E. (1975). The coalitionary process in initiating family therapy. *Family Process*, 14, 67-77.
- Sluzki, C. E. (1992). Transformations: A blueprint for narrative changes in therapy. *Family Process*, 31, 217-230.
- Smith, J., Osman, C., Goding, M. (1990). Reclaiming the emotional aspects of the therapist-family system. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 11, 140-146.
- Snyder, D. (1999). Affective reconstruction in the context of a pluralistic approach to couple therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6, 348-365.
- Speed, B. (1996). You cannot not relate. In C. Flaskas, A. Perlesz (Eds.), *The therapeutic relationship in systemic therapy* (pp. 108-122). London: H. Karnac.
- Sprenkle, D. H., Blow, A. J. (2004). Common factors and out sacred models. *Journal of Marital and Family Therapy*, 30, 113-129.
- Sterba, R. (1934). The fate of the ego in analytic therapy. *International Journal of Psychoanalysis* 15, 117-125.
- Stevenson, C. (1993). Combining quantitative and qualitative methods in evaluating a course of family therapy. *Journal of Family Therapy*, 15, 205-224.
- Stewart, P. (1964). *Jacobellis v. Ohio*, 378 U. S. 184, 197 (1964). Scaricato dagli Autori online il 28 Settembre 2005, da [http : //laws.findlaw.com/us/378/184.html](http://laws.findlaw.com/us/378/184.html).
- Stiles, W. B., Snow, J. S. (1984). Counseling session impact as viewed by novice counsellors and their clients. *Journal of Counseling Psychology*, 31, 3-12.
- Strupp, H. H. (1973). The interpersonal relationship as a vehicle for therapeutic learning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 41, 13-15.
- Suen, H. K. (1988). Agreement, reliability, accuracy, and validity: Toward a clarification. *Behavioral Assessment*, 10, 343-366.
- Suh, C. S., O'Malley, S. S., Strupp, H. H. (1986). The Vanderbilt Psychotherapy Process Scale (VPPS) and the Negative Indicators Scale (VNIS). In L. S. Greenberg, W. M. Pinsof (Eds.), *The psychotherapeutic process: A research handbook* (pp. 285-323). New York: Guilford Press.

- Symonds, B. D. (1998, Giugno). *A measure of the alliance in couple therapy*. Contributo presentato alla conferenza annuale dell'International Society for Psychotherapy Research, Snowbird, UT.
- Symonds, B. D., Horvath, A. O. (2004). Optimizing the alliance in couple therapy. *Family Process*, 43, 443-455.
- Szapocznik, J., Kurtines, W. M. (1989). *Breakthroughs in family therapy with drug abusing and problem youth*. New York: Springer.
- Szapocznik, J., Perez-Vidal, A., Brickman, A., Foote, F. H., Santisteban, D. A., Hervis, O., Kutines, W. M. (1988). Engaging adolescent drug abusers and their families in treatment: A strategic structural system approach. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 552-557.
- Szapocznik, J., Williams, R. A. (2000). Brief strategic family therapy: Twenty-five years of interplay among theory, research and practice in adolescent behaviour problems and drug use. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 3, 117-134.
- Tichenor, V., Hill, C. E. (18989). A comparison of six measures of working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 26, 195-199.
- Tomm, K. (1987). Interventive interviewing: Part II. Reflexive questioning as a means to enable self-healing. *Family Process*, 26, 167-184.
- Tracey, T. J., Kokotovic, A. M. (1989). Factor structure of the Working Alliance Inventory. *Psychological Assessment*, 1, 207-210.
- Turnell, A., Edwards, S. (1999). *Signs of safety: A solution and safety oriented approach to child protection casework*. New York: Norton.
- Vogel, E. F., Bell, N. W. (1960). The emotionally disturbed child as the family scapegoat. In N. W. Bell, E. F. Vogel (Eds.), *A modern introduction to the family* (pp. 382-397). Riverside, NJ: Free Press.
- Waldron, H. B., Turner, C. W., Barton, C., Alexander, J. F., Cline, V. B. (1997). Therapist defensiveness and marital therapy process and outcome. *American Journal of Family Therapy*, 25, 233-243.
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Watson, J. C., Greenberg, L. S. (1988). The alliance in experiential therapy: Enacting the relationship conditions. In A. O. Horvath, L. S. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, research, and practice* (pp. 153-172). Wiley, New York.
- Watzlawick, P., Beavin, J. H., Jackson, D. (1967). *Pragmatics of human communication*. New York: Norton. [Tr. It.: *Pragmatica della comunicazione umana: studio dei modelli interattivi, delle patologie e dei paradossi*. Roma: Astrolabio, 1971.]
- Watzlawick, P., Weakland, J. H., Fisch, R. (1974). *Change: principles of problem formation and problem resolution*. New York: Norton. [Tr. It.: *Change: sulla formazione e la soluzione dei problemi*. Roma: Astrolabio, 1974.]
- Weingarten, K. (1992). A consideration of intimate and non-intimate interactions in therapy. *Family Process*, 31, 45-59.
- Werner-Wilson, R. J., Price, S. J., Zimmerman, T. S., Murphy, M. J. (1997). Client gender as a process variable in marriage and family therapy: Are women clients interrupted more than men clients? *Journal of Family Psychology*, 11, 373-377.
- Westen, D., Novotny, C. M., Thompson-Brenner, H. (2004). The empirical status of

- empirically supported psychotherapies: Assumptions, findings, and reporting in controlled clinical trials. *Psychological Bulletin*, 130, 631-663.
- Whitaker C. A., Keith D. V. (1981). Symbolic-experiential family therapy. In A. S. Gurman, D. P. Kniskern (Eds.), *Handbook of family therapy* (pp. 187-225). New York: Brunner/Mazel. [Tr. It.: *Manuale di Terapia della Famiglia*. Torino: Bollati Boringhieri, 1995.]
- White, M., Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. New York: Norton.
- White, M. B., Edwards, S. A., Russell, C. S. (1997). The essential elements of successful marriage and family therapy: A modified Delphi study. *American Journal of Family Therapy*, 25, 213-231.
- Winnicott, D. W. (1949). Hate in the countertransference. *International Journal of Psychoanalysis*, 30, 69-74.
- Wynne, L. C. (1965). Some indications and contraindications for explanatory family therapy. In I. Boszormenyi-Nagy, J. Framo (Eds.), *Intensive family therapy* (pp. 298-322). New York: Harper & Row. [Tr. It.: *Psicoterapia intensiva della famiglia: aspetti teorici e pratici*. Torino: Bollati Boringhieri, 1969.]
- Wynne, L., Ryckoff, I., Day, J., Hersch, S. (1958). Pseudo-mutuality in the family relationships of schizophrenics. *Psychiatry*, 21, 205-220.



Firera & Liuzzo Group è un membro di

PSICOLOGIA CULTURALE



GENNAIO/GIUGNO 2009

