



Il progresso scientifico si muove su due tipi di movimenti solo apparentemente contrapposti: quello delle ricerche che tende a verificare ipotesi già formulate e quello preparato dai dati che esso non spiega, portando alla formulazione delle nuove ipotesi. Inevitabile all'interno di una comunità professionale percepire come rassicuranti e lodevoli le prime, come pericolosi e da osteggiare i secondi. Scegliere per questa rubrica, all'interno di una letteratura ormai vastissima e spesso ripetitiva sulla terapia, lavori del secondo tipo. Parlando di "idea nuova" ne supporteremo sempre il significato propositivo. Sperando di dare un contributo allo sviluppo di una scienza realmente "riflessiva": capace cioè, nel senso di Bateson, di comprendere se stessa nel campo della propria osservazione.

Scientific progress moves along two lines which are only apparently in contradiction: one belongs to research which aims at verifying hypotheses already formulated, the other being prepared from data which the hypotheses do not explain and leading to the formulation of new ones. Inevitable, for the professional community to perceive the former as encouraging and praise worthy and the latter as dangerous and hostile. For this section, a careful selection has been made from literature on therapy, which to day is very extensive and often repetitive, concerning works of the second type. Referring to a "new idea", we will always take it as a proposal while at the same time we hope to bring a contribution to the development of a really "reflexive" science: that is, capable, as Bateson says, of looking carefully into itself.

El progreso científico evoluciona en dos direcciones contrapuestas: una es la de las investigaciones que tienden a verificar hipótesis ya enunciadas; y la otra es la de aquellas que llevan a la formulación de nuevas hipótesis. Es inevitable que un a comunidad de profesionales considere las investigaciones del primer tipo confiables y elogiables, mientras que las del segundo como peligrosas y generadoras de hostilidad. Para esta sección seleccionaremos atentamente solo trabajos del segundo tipo, dada la amplitud, y a menudo repetitividad, de la literatura dedicada a la terapia. Al hablar de una "idea nueva" lo haremos siempre desde un punto de vista propositivo, esperando con ello contribuir al desarrollo de una ciencia realmente "reflexiva", es decir, en el sentido de Bateson, capaz de autoobservación.

Memoria e valutazione dell'esperienza clinica

Francesco Bruni¹, Pier Giuseppe Defilippi²

Riassunto. Custodire la memoria storica dell'attività clinica di un centro di psicoterapia sistemico relazionale aiuta gli operatori a dare un senso al presente, rivedere il passato e definire il futuro. Con questo intento, presentiamo l'organizzazione di un sistema informativo e l'elaborazione dei dati riferiti agli ultimi venti anni di attività di un centro di formazione clinica. Del materiale clinico raccolto, riportiamo le indicazioni in merito all'evoluzione dell'attività terapeutica: caratteristiche delle terapie, periodo e numero dei colloqui, fase del ciclo vitale della famiglia in terapia e problemi portati. Uno spazio significativo è dedicato alla valutazione delle terapie seguendo il modello sistemico di Beavers da noi adattato. La ricerca condotta su un campione di cinquanta terapie ha previsto la comparazione dei dati relativi alle scale di competenza familiare e stile familiare nella prima e nell'ultima seduta. Questa esperienza evidenzia l'utilità di fare riferimento a parametri sistemico relazionali per la valutazione in psicoterapia e per fare acquisire ai terapeuti in formazione una modalità efficace per orientarsi nei colloqui con le famiglie. Dai risultati ottenuti dalla ricerca si constata che gli interventi terapeutici non inducono automaticamente cambiamenti prestabiliti. I possibili esiti scaturiscono piuttosto dall'accoppiamento strutturale fra la persona del terapeuta e l'autodeterminazione della famiglia. Ulteriori riflessioni e risultati possono scaturire in futuro in quanto la ricerca è tutt'ora in corso.

Parole chiave. Valutazione terapie, scala di competenze familiare, confronto prima e ultima seduta.

Summary. *Memory and evaluation the clinical experience.*

To keep the historical memory of the clinical activity inside a centre of systemic-relational therapy may help the professionals to find a sense for the present, to revise the past and to give a definition to the future. With this aim, the organization of an informative and data processing system is described, as regards data referred to the last 20 years of activity in a centre of clinical training. Some information about the evolution or therapeutic activity are taken from the clinical material and reported, such as characteristics and length of the therapy, number of sessions, step of the family life cycle and type of the problem borne. A considerable space is reserved to the evaluation of the therapies, on the ground of Beavers' systemic model, adapted

¹ Psicologo, psicoterapeuta, didatta del CSTFR, Torino.

² Psicologo, psicoterapeuta, didatta del CSTFR, Direttore Istituto EMMECI, Torino.
E-mail: coop.emmeci@libero.it

by us. The study, conducted on a sample of 50 therapies, includes the scores referred to the family competence and familiar style subscales, by comparison of the first and the last session. This experience highlights the opportunity to make use of systemic-relational parameters for the evaluation of psychotherapy outcomes and to give the trainee therapists an effective way to perform sessions with families. The research findings show that therapeutic interventions do not lead automatically to pre-concerted changes. The possible outcomes are the result of a structural matching of the therapist and family's self-determination. Further considerations and results may be available in the future, as the study is still in progress.

Key words. Therapy evaluation, family competence scales, comparison between first and last session.

Resumen. Guardar la memoria histórica de la actividad clínica de un centro de psicoterapia sistémico relacional ayuda a los operadores a dar sentido al presente, rever el pasado y definir el futuro. Con este propósito, presentamos la organización de un sistema informativo y la elaboración de los datos que se refieren a los últimos veinte años de actividad de un centro de formación clínica. De el material clínico recogido, reportamos las indicaciones respecto a la evolución de la actividad terapéutica: características de las terapias, época y número de las sesiones, fase de el ciclo vital de la familia en terapia y problemas traídos. Un espacio significativo es dedicado a las valoraciones de las terapias siguiendo el modelo sistémico de Beavers adaptado por nosotros. Lo estudio conducido sobre una muestra de cincuenta terapias ha contemplado la comparación de los datos relativos a las escalas de competencia familiar y estilo familiar en la primera y última sesión. Esta experiencia pone en evidencia la utilidad de referirse a parámetros sistémicos relacional por la valoración en psicoterapia y por hacer que los terapeutas en formación puedan coger un modo eficaz por orientarse en las sesiones con las familias. Los resultados de lo estudio ponen en evidencia que las intervenciones no llevan transformaciones automáticas y preestablecidas. Los resultados posibles salen desde lo emparejamiento estructural entre el terapeuta y la autodeterminación de la familia. Otras reflexiones y resultados pueden salir en futuro puesto que lo estudio es todavía en curso.

1. L'OSSERVAZIONE DEL LAVORO TERAPEUTICO

La memoria di un centro di formazione è il "luogo" dove sono depositati ricordi, dati sulle attività effettuate, conoscenze trasmesse e competenze apprese. Le terapie occupano una posizione di primo piano in questo "luogo", rappresentano la "misura" della capacità del terapeuta di lavorare con la famiglia. Permettono di documentare il lavoro clinico e contengono il sedimento della prassi terapeutica.

La memoria e la documentazione del lavoro clinico non sempre sono visitate per interrogare il passato e dare un senso al divenire dell'esperienza terapeutica. Il più delle volte, il singolo terapeuta custodisce parte della documentazione clinica dell'esperienza acquisita per scopi didattici o per verificare determinate ipotesi, e utilizza alcuni frammenti senza poter fare riferimento ad un quadro articolato e completo del lavoro svolto.

L'esame delle terapie come osservazione e cura del lavoro clinico nel corso del tempo, comporta l'attivazione di un anello ricorsivo in cui la memoria dell'esperienza terapeutica si riverbera sul lavoro clinico in atto che a sua volta contribuisce all'arricchimento e alla ridefinizione della prassi terapeutica, in un processo che si autogenera.

In ambito didattico il recupero della memoria del lavoro svolto aiuta ad elaborare l'esperienza sedimentata, rispolverandola e mettendola a disposizione per contribuire a sviluppare nuove e articolate capacità di osservazione del processo terapeutico.

La conservazione dei dati e la implementazione dell'archivio clinico sono condizione indispensabile per la valutazione e la rilevazione dell'andamento dell'attività terapeutica nel tempo. Qui consideriamo la valutazione in quanto continuo "procedimento stocastico" [1] che va oltre la specifica terapia. Dalle frequenti osservazioni dell'esperienza in corso e dal confronto con i dati acquisiti in precedenza scaturiscono indicazioni e differenze che permettono la rilevazione dei cambiamenti nel tempo.

Nel corso di una terapia si attuano osservazioni multiple in cui entrano in gioco l'équipe terapeutica e la famiglia con conseguenti condizionamenti e coinvolgimenti reciproci. Ogni soggetto partendo dalle proprie premesse e dai presupposti che guidano le proprie modalità di osservazione, prende in considerazione alcuni dati e ne trascura altri.

Per il terapeuta riflettere su tale aspetto permette di sviluppare le capacità autoriflessive in merito all'attività clinica. La raccolta e la conservazione dei dati riferiti all'esperienza clinica aiutano il terapeuta a muoversi in questa direzione.

Riteniamo che in un centro di formazione la realizzazione di un archivio della terapia potrebbe rispondere ai seguenti obiettivi:

- Costituire la memoria del lavoro clinico. Conservare le terapie didattiche svolte in supervisione diretta e indiretta (nastri, diari e quanto può essere utile per documentare e comprendere l'evoluzione dell'attività della sede).
- Permettere l'osservazione diacronica dei cambiamenti nelle famiglie in trattamento e negli approcci terapeutici. Attraverso l'esame dei dati che si riferiscono alle caratteristiche delle terapie svolte agli oggetti terapeutici utilizzati, alle caratteristiche delle famiglie (fase del ciclo vitale, struttura, stile, problemi rilevati) e ai risultati delle terapie è possibile verificare i cambiamenti nel corso del tempo, valutare i processi in corso e ipotizzare i possibili sviluppi.
- Permettere la valutazione dell'attività terapeutica. Tramite l'esame dei nastri registrati delle sedute è possibile apprezzare i cambiamenti relazionali nel sistema familiare tra la fase iniziale, quando si presume che la relazione nel sistema familiare sia disfunzionale e la fine della terapia, a conclusione di un processo di "guarigione". A questo scopo è utile osservare da parte dell'équipe terapeutica e del gruppo di valutazione il funzionamento della famiglia lungo un continuum progressivo che abbraccia l'insieme del processo clinico.

I dati da conservare in archivio dovrebbero servire ad acquisire informazioni sui molteplici livelli del lavoro terapeutico e rispondere alle diverse ipotesi che guidano l'osservazione. Un sistema informativo clinico potrebbe prendere in

esame come dati minimi comuni: quadro delle terapie effettuate, caratteristiche delle famiglie che chiedono aiuto (aspetti strutturali, differenziazione del sé, ciclo vitale), tipo di problema portato, senza trascurare le indicazioni sull'andamento delle terapie (modalità, tempi e interventi effettuati).

L'archivio istituito presso l'Istituto Emmeci di Torino raccoglie i dati che si riferiscono a 250 delle 1000 terapie effettuate dal 1985 ad oggi. Il materiale archiviato rappresenta un quarto delle terapie complessive. Di esse si conserva la documentazione completa (diario delle sedute, scheda di archiviazione completa di dati, videoregistrazione).

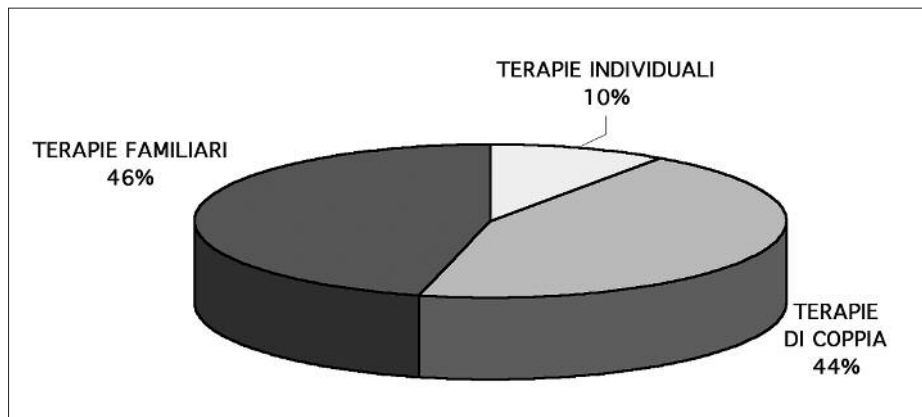
Le informazioni depositate nell'archivio per ogni terapia riguardano: elementi identificativi, tipo di terapia, caratteristiche del sistema familiare, ciclo vitale della famiglia ed eventi paranormativi, problema portato, oggetti e tecniche utilizzate nel corso dei colloqui, organizzazione del setting, intervallo fra le sedute, numero di colloqui e periodo delle terapie.

1.1. CARATTERISTICHE DELLE TERAPIE EFFETTUATE DAL 1985

Se esaminiamo le terapie in base alla caratteristica dei soggetti coinvolti, le terapie familiari e di coppia coprono il novanta per cento del totale, con una leggera prevalenza delle prime. Nelle terapie con la famiglia vengono convocati tutti i componenti, anche se può capitare che si prosegua con colloqui disgiunti, prevalentemente con la coppia genitoriale. Questo spostamento di contesto è frequente quando si affrontano problematiche che riguardano i figli piccoli. È possibile inoltre che le terapie abbiano andamento variabile con sedute congiunte ed altre disgiunte convocando separatamente i componenti dei sottosistemi (genitoriale, filiale) o anche con incontri individuali (figura 1).

Le terapie individuali che seguono un approccio sistemico relazionale si attestano attorno al 10 per cento del totale. Notiamo che a partire dal 1997 registrano un sensibile incremento. La riduzione dell'ortodossia sistemica e la diffu-

Figura 1. Tipo di terapie.



sione di protocolli di terapie individuali in chiave relazionale favoriscono questa tendenza. Inoltre va considerata la maggiore richiesta di aiuto individuale che affinisce al centro clinico da parte di individui che non vivono in un nucleo familiare tradizionale, pensiamo ai single e a quanti hanno contratto legami affettivi precari e non sempre assimilabile al modello di famiglia. L'attenzione con cui oggi si considerano le problematiche individuali, in un periodo di spinta verso l'individualismo e di smarrimento dei riferimenti sociali condivisi accentuano questa tendenza. Ciò nonostante il coinvolgimento del sistema relazionale significativo in cui l'individuo si riconosce è un aspetto importante della strategia terapeutica. Pertanto il coinvolgimento della famiglia va considerato più come obiettivo intermedio che condizione imprescindibile per iniziare la terapia.

In ambito sistemico relazionale i modi di conduzione e le tecniche di terapia sono molteplici. L'intervento è espressione del modello di riferimento del terapeuta, degli strumenti a sua disposizione e delle sue idee rispetto al metodo da seguire per aiutare la famiglia a superare le difficoltà che ne bloccano la capacità di evoluzione. Qui facciamo riferimento ai diversi approcci che possono essere ricondotti ai seguenti modelli: strutturale, controparadossale, narrativo e misto.

Agli interventi focalizzati sulla struttura familiare e i processi di tipo controparadossale, rilevati da Malagoli Togliatti, Cespa e Costanzo [2], correntemente applicati dai terapeuti del Centro Studi negli anni ottanta, si sono aggiunti, nell'ultimo decennio gli approcci che derivano dalla seconda cibernetica e la terapia narrativa.

Nell'intervento strutturale [3] il terapeuta cerca di modificare la struttura familiare (ruoli, regole, gerarchie, alleanze, confini) che in rapporto al ciclo vitale della famiglia sono correlati alla situazione problematica portata in terapia. L'obiettivo è condurre la famiglia alla fase del ciclo vitale che corrisponde ai bisogni attuali e alle esigenze evolutive dei suoi membri, non ancora pienamente raggiunte.

Nell'impostazione controparadossale [4] la terapia tende ad identificare e poi modificare le regole generali che determinano le relazioni tra i componenti del nucleo familiare con caratteristiche patologiche: ricostruzione della storia familiare come romanzo, connotazione positiva del sintomo [5], rispetto e comprensione delle ragioni profonde dei comportamenti sintomatici, ingiunzione paradossale di non cambiamento.

L'approccio narrativo [6] presuppone la capacità di autorganizzazione e di autocura del sistema familiare. L'organizzazione della famiglia è vista come ecologia di idee, come rete di significati che scaturiscono dall'interazione fra i componenti del sistema. Punto nodale della terapia è la costruzione di nuovi significati, una realtà su cui lavorare per "dissolvere" il problema.

Gli interventi misti solitamente si caratterizzano per un certo eclettismo e possono avere un inizio strutturale e un'evoluzione focalizzata sui significati e sulla narrazione, oppure in chiave processuale con un approccio controparadossale.

1.2. NUMERO DI COLLOQUI E PERIODO TERAPEUTICO

Questo dato si riferisce al numero di sedute necessarie per la terapia. Nonostante la pluralità degli approcci e le tante tecniche a disposizione, resta sostanzialmente

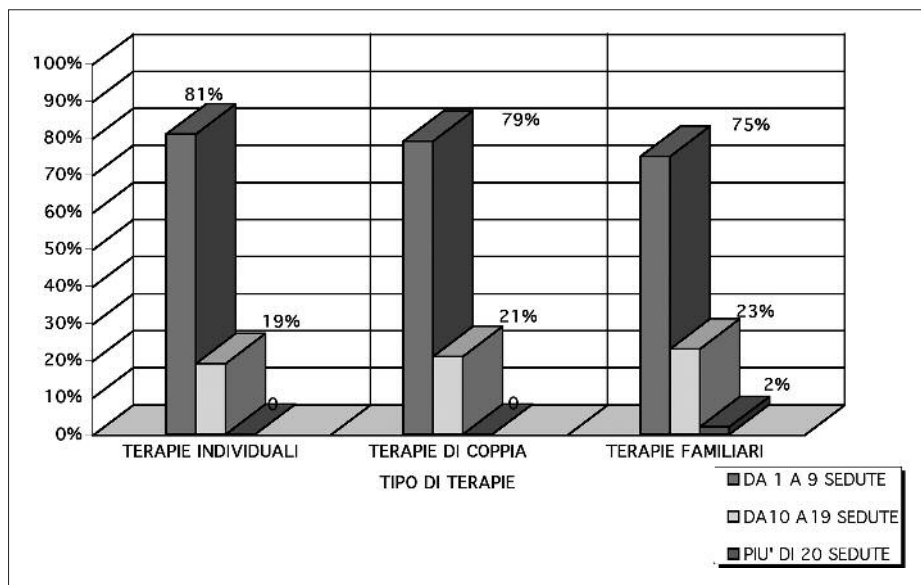
zialmente valida l'idea della terapia familiare come terapia breve: poco meno dell'ottanta per cento ha una durata inferiore a 10 sedute. Poche terapie superano le 20 sedute. Se dividiamo il campione in base ai componenti coinvolti (terapie con tutta la famiglia, di coppia e individuali) notiamo che per ogni tipologia abbiamo dati simili: 77 % delle terapie comportano non più di 9 sedute; 22 % da 10 a 19 sedute; 1% 20 e più sedute (figura 2).

A partire dal 2000 si riscontra un sensibile incremento delle terapie che superano la soglia delle 10 sedute. Negli ultimi anni il percorso terapeutico comporta un iter più lungo rispetto al periodo passato. Riteniamo che questo fenomeno sia correlato ai cambiamenti nel modo di condurre la terapia in conseguenza alla varietà delle problematiche portate dalle famiglie, in riferimento alla componente intrapsichica, oltre che alle caratteristiche di chi chiede aiuto e al sistema relazionale significativo in cui è coinvolto.

La piena diffusione degli approcci di seconda cibernetica, l'impostazione narrativa e l'attenzione alla storia transgenerazionale e alla ricostruzione della saga delle relazioni familiari, abbia spostato l'attenzione dal qui ed ora verso una terapia che comporta un percorso più lungo delle 10 sedute. D'altro canto la maggiore disgregazione sociale verificatasi negli ultimi anni, la mancanza di punti di riferimento stabili, rende ancora più cronico il disagio psichico e fa sì che il setting terapeutico si ponga come base sicura per quelle famiglie che hanno bisogno di tempo per riprendere il percorso evolutivo autonomo.

Altro dato importante da considerare riguarda l'intervallo tra una seduta e l'altra, che solitamente oscilla fra due/quattro settimane. I colloqui si svolgono in linea di massima con la frequenza di uno ogni due settimane, possono anche ave-

Figura 2. Numero di sedute.



re cadenza mensile, mentre intervalli più lunghi sono meno frequenti e si adottano quando la terapia è nella fase conclusiva.

È raro che le sedute abbiano un intervallo settimanale, in questo caso la famiglia avrebbe poco tempo a disposizione per rielaborare l'esperienza dell'incontro precedente ed eseguire le prescrizioni eventualmente assegnate. Anche se in casi particolari potrebbe essere necessario fare colloqui a cadenza settimanale, l'organizzazione delle attività e la presenza del didatta ogni due settimane con gli stessi allievi, rappresenta un vincolo.

1.3. FASE DEL CICLO VITALE DELLE FAMIGLIE IN TERAPIA

Considerando la fasi del ciclo vitale che attraversano le famiglie che giungono in terapia (figura 3) si nota che vi sono alcuni periodi critici dove è più frequente la richiesta di aiuto. Come dato generale, le famiglie che più frequentemente si incontrano in terapia sono quelle che attraversano la fase che va dall'adolescenza allo svincolo dei figli. Poco meno del 60 % delle famiglie che si rivolgono al centro si trova in questa fase del ciclo vitale.

Legenda:

Fc = Formazione coppia;

Nf = Nascita dei figli;

Is = Inserimento scolastico;

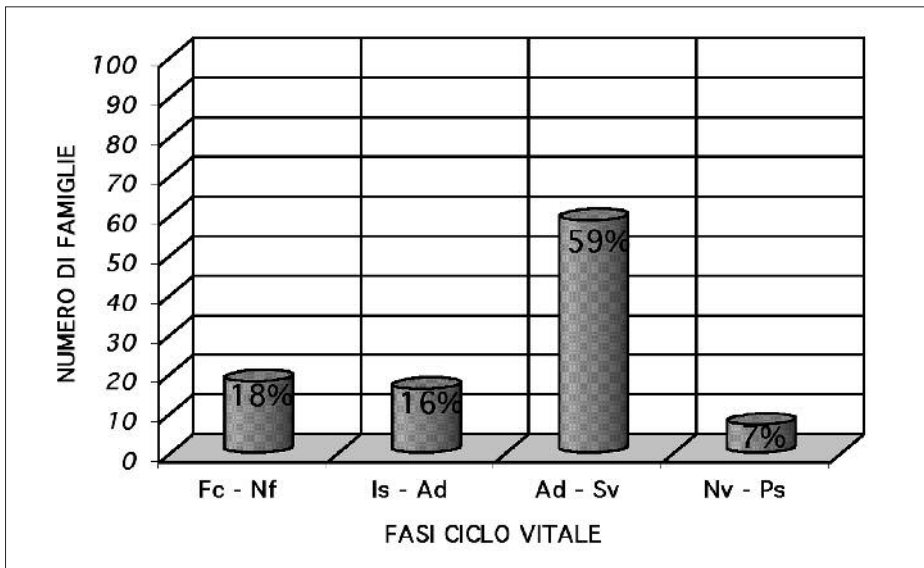
Ad = Adolescenza;

Sv = Svincolo;

Nv = Nido vuoto;

Ps = Pensionamento, inattività

Figura 3. Ciclo vitale delle famiglie in terapia.



Seguono, con poco meno del 20% le famiglie che sono nel periodo di passaggio dalla stabilizzazione della coppia alla nascita dei figli. Al terzo posto con circa il 15% di casi abbiamo le famiglie che si trovano nella fase collegata all'ingresso a scuola dei figli: ci riferiamo agli anni dell'obbligo scolastico, che comprende l'infanzia e la prima parte dell'adolescenza. Sono meno frequenti, solo il 7%, le richieste di terapia nel periodo che va dal nido vuoto al pensionamento.

In Italia, negli ultimi anni, come nei principali paesi mediterranei si assiste ad una prolungata permanenza dei giovani in casa con i genitori, in una post-adolescenza definita fase del "giovane adulto" [7]. Per un certo numero di anni figli, diventati adulti, e genitori vivono insieme, spostando avanti nel tempo il passaggio allo svincolo completo e all'autonomia dei figli e al conseguente nido vuoto dei genitori. Evento che si colloca in prossimità della fase che prefigura la condizione di inattività e invecchiamento dei genitori con ulteriori complicazioni emotive.

L'allungamento della speranza di vita porta le coppie non più giovani, che attraversano il periodo del pensionamento, a richiedere una terapia per affrontare difficoltà relazionali, che un tempo sarebbero state vissute con una certa rassegnazione. I pensionati desiderino vivere con soddisfazione e serenità il "futuro" che gli resta. Se non sono colpiti da malattie e gravi problemi fisici che ne condizionano l'autosufficienza e i progetti futuri, tendono a non rassegnarsi di fronte alle difficoltà affettive e relazionali, impegnandosi per migliorare le condizioni di vita. In queste situazioni la richiesta di terapia è collegata ai problemi che riguardano l'inattività, alla possibilità di ridare un senso alla propria vita anche rispetto alla precedente fase lavorativa, e alla ricontrattazione della relazione con il coniuge. Inoltre diventa importante considerare i fenomeni legati all'invecchiamento: le ridotte condizioni di salute, la perdita di funzioni e i cambiamenti dovuti anche alla nascita dei nipoti con la comparsa di nuove esigenze riguardanti il legame fra le generazioni, il rapporto con le malattie e la morte. Questa fase comporta una transizione progressiva e differenziata come passaggio di eredità. Negli ultimi anni le terapie che toccano queste problematiche registrano un sensibile aumento.

Le famiglie che attraversano la fase che va dall'adolescenza allo svincolo dei figli hanno un'alta incidenza nella richiesta di terapia. Sono famiglie che trascorrono un lungo periodo della vita occupandosi dei figli. I quali restano in casa anche da adulti. È comprensibile che trascorrendo molti anni insieme, prima o poi si possano incontrare difficoltà di varia natura e si possano presentare contemporaneamente diverse esigenze difficili da gestire insieme: figli grandi non sufficientemente svincolati, altri adolescenti che vivono un periodo di turbolenza, genitori che si trovano a fare i conti con il crollo dell'idealizzazione relativa alla propria vita e che sentono il peso di doversi occupare dei propri genitori anziani non più autonomi.

Le problematiche relative a questo periodo da noi riscontrate sono eterogenee. Per comprendere meglio le dinamiche familiari occorrerebbe approfondire l'indagine, disaggregando questa lunga fase della vita della famiglia in sottoperiodi omogenei. Per il momento ci soffermiamo sui dati generali [8,9]: dai processi di differenziazione dei figli alle problematiche connesse all'età di mezzo dei genitori con la relativa crisi di transizione. Nel periodo dell'adolescenza, mentre

nei giovani affiora il bisogno che porta alla richiesta di progressivi gradi di autonomia, i genitori sentono l'esigenza di continuare a proteggere i figli. La famiglia è sollecitata a favorire lo sviluppo delle capacità di esplorazione e di maggiori spazi di autonomia da parte dei figli adottando congiuntamente un atteggiamento rassicurante definito di "base sicura". In questa fase la posizione dei genitori diventa importante nel determinare condizioni di benessere: se sono deboli, i figli non vengono sufficientemente contenuti, invece se sono eccessivamente dominanti ne ostacolano il processo di maturazione.

La separazione-individuazione dell'adolescente diventa la porta di accesso per il raggiungimento dell'identità adulta. È l'espressione dello sviluppo dell'intera famiglia, anche in considerazione della condizione dei genitori che, trovandosi nella crisi dell'età di mezzo, possono vivere questo evento con tendenze depressive o ansiose [9].

Oggi la famiglia trascorre un lungo periodo privo di riti di passaggio, con l'illusione di uno sviluppo che procede senza scossoni e con gradualità. I giovani tendono così a incorporare un atteggiamento diffuso di sperimentazione e reversibilità delle scelte [10]. Sono sottoposti a molteplici richieste e sollecitazioni da parte dei genitori, della scuola, del gruppo dei pari, del mondo produttivo. Quando ci si avvicina al lavoro, spesso l'inserimento è caratterizzato da insicurezza e difficoltà: scarse opportunità, dequalificazione e precarietà diventano l'unica condizione possibile.

Anche il passaggio verso la costituzione di una nuova famiglia è segnato dall'incertezza, tanto che la decisione di sposarsi e avere figli viene sempre più posticipata da parte delle giovani coppie. La famiglia d'origine mantiene una forza di attrazione e si resta inglobati in essa manifestando problematiche che conducono alla richiesta di terapia. In generale questa fase della vita è segnata da difficoltà nella preparazione e nella gestione del processo di transizione verso il distacco dei figli e l'elaborazione della "perdita".

L'altra fase critica del ciclo vitale si riferisce al periodo che va dalla formazione della coppia (convivenza, matrimonio) nascita dei figli. Un quinto delle famiglie che accedono alla terapia è composta da coppie ancora giovani che vivono in maniera problematica la gestione della convivenza o il passaggio verso la genitorialità. Le coppie giovani non sufficientemente differenziate e autonome dalla famiglie d'origine incontrano maggiori difficoltà nel superare gli ostacoli connessi alla gestione del patto coniugale o al passaggio alla genitorialità e ai cambiamenti relativi alla nascita dei figli.

Con la convivenza e il matrimonio nasce una nuova entità che si regge su un patto coniugale basato su una relazione di fiducia con il partner. Patto che si compone di una parte dichiarata comprendente il versante etico e affettivo relazionale e di un patto segreto che ingloba gli aspetti inconsapevoli dell'affettività reciproca. Nelle crisi il patto di coppia assume una valenza cruciale: non si riesce più ad integrare le divergenti esigenze manifestate dai partner ed a rispondere in maniera positiva alle necessità evolutive del sistema familiare.

Al centro dell'attenzione è sempre più la coppia e le sue relazioni, mentre perde forza il legame con la famiglia d'origine anche se questa può condizionar-

ne lo sviluppo. La coppia diventa un microcosmo dove fedeltà e lealtà sono viste in riferimento al coniuge, condizionate dall'attrazione sessuale, dagli interessi comuni e dal legame affettivo. Ciò nonostante, nella formazione della coppia e nella sua esistenza si intrecciano le storie personali dei partners e delle famiglie d'origine. Si crea una rete di sistemi relazionali diversi collegati fra di loro: le due famiglie d'origine e la coppia, la rete dei rapporti sociali.

La transizione alla genitorialità proprio perchè assume caratteristiche di irreversibilità, va ben oltre la relazione di coppia. Sul piano psichico coinvolge lo spazio emozionale, i pensieri e le azioni proprie dell'essere neogenitori e convivere come coppia curandone confini e limiti nel rapporto con il figlio.

Le difficoltà che si incontrano in questa fase riguardano gli squilibri nella relazione paterna e materna, si può restare ancorati ad una visione rigida dove, sempre come conseguenza del conflitto di coppia, tutta l'attenzione è posta sul figlio che cresce. Inoltre la nascita dei figli rinnova il legame fra le generazioni e consente uno scambio fra di esse. Notiamo che nelle coppie non ancora sufficientemente differenziate il legame fra le generazioni invece che essere gestito in modo funzionale alle esigenze di sviluppo, può anche essere fonte di ulteriore criticità e quindi oggetto del lavoro terapeutico.

1.4. PROBLEMI PORTATI IN TERAPIA

Un quadro interessante emerge dall'esame dei problemi portati in terapia. Ci riferiamo alla descrizione delle difficoltà e dei sintomi da parte della famiglia che sono oggetto della richiesta di psicoterapia, insieme a quello che viene comunicato con il primo contatto telefonico e alle descrizioni fornite eventualmente dall'inviante. Elementi che vengono approfonditi nel corso del colloquio terapeutico.

Il problema presentato è frutto di una selezione che ha coinvolto i punti di vista dei diversi componenti della famiglia e racchiude in sé molti altri problemi. Nel primo colloquio la famiglia parla delle difficoltà e della situazione sintomatica che portano alla richiesta di aiuto. In genere i problemi che si vivono in famiglia sono descritti nel corso della seduta approfondendo: la storia, le cause plausibili, le soluzioni tentate, le aspettative di cambiamento. Non sempre fra i membri della famiglia si giunge ad un punto di incontro e a un'idea comune condivisa delle difficoltà presenti; anche le divergenze sono segnali significativi e coerenti con l'idea che la famiglia ha di sé. I problemi descritti dai componenti della famiglia possono essere più di uno, anche se su di essi non vi è sempre pieno accordo.

Le informazioni che derivano da come vengono presentati i problemi e dalle interazioni che si osservano fra componenti della famiglia sono uno scenario privilegiato dell'osservazione terapeutica: da come la famiglia descrive il problema, al contenuto, alla forma e alla sua evoluzione [1].

I dati che qui prendiamo in esame riguardano i problemi che portano alla richiesta di aiuto così come sono descritti dalle famiglie. Quando vengono riportati più aspetti problematici si prendono in esame quelli su cui vi è maggiore accordo fra i componenti della famiglia.

La descrizione dei problemi è eterogenea, si utilizza un linguaggio misto che va da espressioni tipiche del senso comune a termini di matrice psichiatrica, così come sono stati appresi dalla famiglia, nella frequentazione dei servizi sanitari. I termini riportati per descrivere le situazioni problematiche non sono sempre coerenti con il linguaggio psicopatologico. Alcune descrizioni si riferiscono ai comportamenti sintomatici, altre a difficoltà relazionali fra i membri della famiglia.

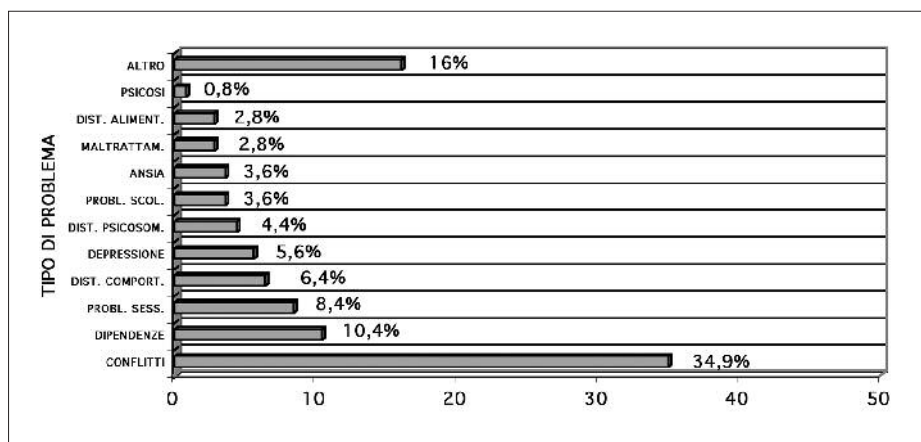
L'inquadramento delle caratteristiche della famiglia, in chiave sistemico relazionale, segue il modello di Beavers [11,12] che utilizziamo per la valutazione delle terapie così come viene riportato nel paragrafo che segue.

Soffermandoci sui problemi che le famiglie ci presentano (figura 4), notiamo che solo una piccola parte parte (1% come dato complessivo) delle richieste di terapia riguardano le psicosi. Sembra che le famiglie con gravi disturbi non accedano più alla terapia familiare. Questa impressione non è proprio esatta poiché il dato va letto tenendo conto di come le famiglie descrivono i problemi per cui chiedono aiuto. È possibile che in diversi casi quello che raccontano i soggetti interessati sui motivi per cui sono in terapia, non corrisponda alla descrizione che potrebbero fare gli operatori di un servizio di psichiatria, e con le categorie nosografiche del DSM 4.

Questo aspetto potrebbe essere oggetto di una ricerca specifica sul confronto fra i diversi modelli interpretativi delle dinamiche relazionali: dal linguaggio comune adottato dalle famiglie, alle descrizioni secondo il paradigma psicopatologico con i condizionamenti e le implicazioni terapeutiche che ne derivano.

Inoltre se alle psicosi dichiarate colleghiamo le tematiche borderline (dipendenze, disturbi alimentari, alcune forme gravi di depressione) il quadro complessivo assume un'altra fisionomia. Comunque il dato nel suo insieme evidenzia il passaggio dalle problematiche psichiatriche su cui si è fondata la "fortuna" della terapia familiare, a partire dagli anni cinquanta negli Stati Uniti e dagli anni settanta in Italia, a difficoltà e sintomi che riguardano vari aspetti della vita familiare e del-

Figura 4. Problemi portati dalle famiglie in terapia.



le relazioni fra i suoi componenti, in riferimento alla varietà e alla complessità delle famiglie di oggi: conflitti, maltrattamenti, problemi scolastici dei figli e così via.

Diventano inoltre rilevanti le conseguenze derivanti dall'incidenza degli eventi paranormativi che abbiamo classificato come "altro". Quelli più ricorrenti sono: difficoltà nella cura degli anziani, problemi riguardanti la giustizia e la legalità, malattie, lutti traumatici.

Se incrociamo questi dati con il tipo di terapia effettuata (figure 5, 6, 7), emerge che i conflitti sono trattati prevalentemente nelle terapie di coppia. Nei rapporti di coppia i conflitti assumono una valenza relazionale rilevante e possono coinvolgere anche il sottosistema filiale e le relazioni con le famiglie d'origi-

Figura 5. Terapie individuali: problemi portati.

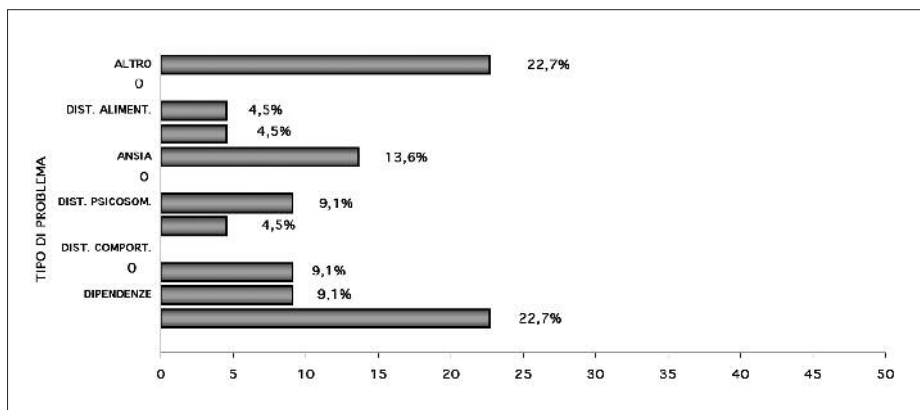


Figura 6. Terapie familiari: problemi portati.

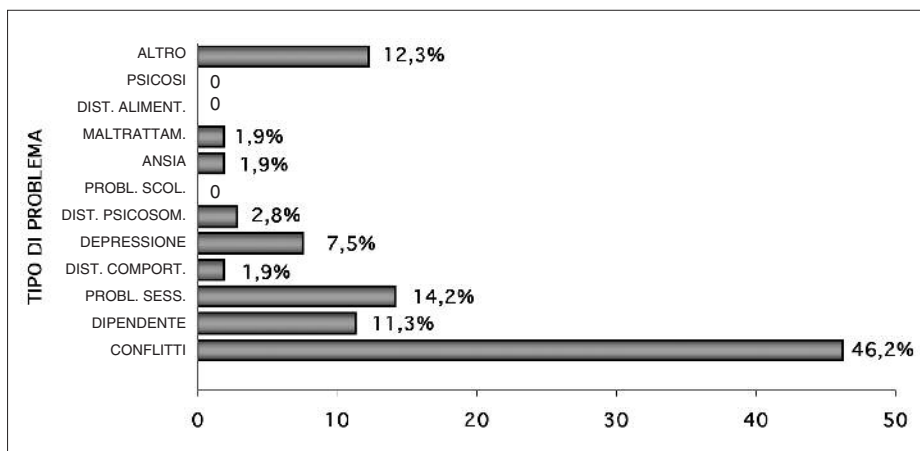
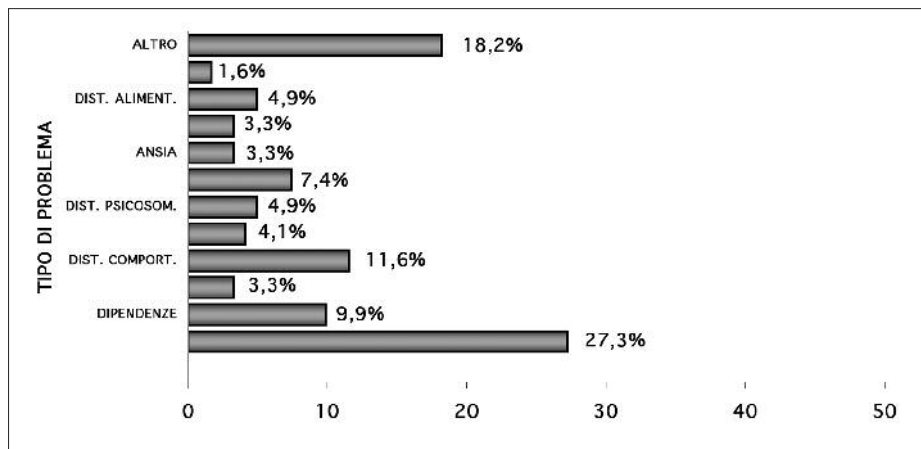


Figura 7. Terapie familiari: problemi portati.



ne. Il conflitto è una tipica manifestazione delle difficoltà relazionali che chiama in gioco il rapporto coniugale/genitoriale/filiale è espressione del disagio che si vive in famiglia. Si presenta tutte le volte che il sistema si ritrova bloccato e non riesce a prendere una decisione in chiave evolutiva. È un segnale delle difficoltà del sistema e dello slittamento della relazione sul piano simmetrico.

Le problematiche riferite alla sessualità sono prevalentemente oggetto delle terapie di coppia e in misura minore di quelle individuali. Nelle terapie con tutta la famiglia questo tema non viene sostanzialmente affrontato, per evitare che i figli si trovino a contatto con contenuti e implicazioni emotive proprie dello spazio psichico della coppia.

Anche il trattamento delle depressioni è trasversale alle diverse terapie, con maggiore incidenza nelle terapie di coppia in considerazione al significato relazionale che il sintomo assume fra i partner.

Invece i disturbi alimentari li ritroviamo con una certa ricorrenza nelle terapie familiari e in alcune terapie individuali. In quest'ultimo caso, si tratta di persone adulte che vivono da sole.

Nelle terapie individuali trovano riscontro anche sintomi che si riferiscono ai disturbi d'ansia, disturbi psicosomatici, problemi sessuali e di dipendenza.

Nelle terapie con tutta la famiglia viene trattata un'ampia varietà di problematiche a conferma della versatilità di questo setting nella cura delle difficoltà che si presentano nel corso della vita familiare.

La terapia familiare resta il terreno elettivo per i disturbi dell'area delle psicosi ed è anche il contesto idoneo per affrontare le difficoltà correlate alla crescita dei figli.

La terapia familiare è nata per aumentare l'efficacia degli interventi psichiatrici in considerazione della inadeguatezza e della patologia della famiglia. Le trasformazioni della terapia familiare con il coinvolgimento personale dell'o-

peratore nel processo terapeutico e la diffusione fra gli psicologi psicoterapeuti sposta il campo di interesse verso i disturbi dell'area nevrotica. D'altro canto, negli ultimi anni l'attenzione degli psichiatri è ritornata alle implicazioni biologiche collegate ai disturbi psichici, nel caso delle psicosi la terapia familiare è inserita in un modello integrato, come ausilio alla cura farmacologia e ad altri tipi di trattamento.

I dati riportati evidenziano il cambiamento del quadro della terapia familiare. Al contesto tipico delle problematiche psichiatriche maggiori, subentrano temi legati alle varie difficoltà che si incontrano nella vita familiare. Questo fenomeno è dovuto anche alle trasformazioni che coinvolgono la famiglia e la sua definizione di sistema affettivo e relazionale. Ne derivano nuovi tipi di interventi con interessanti trasformazioni tecniche e nuovi modi di lavoro terapeutico.

I nuovi modelli sono conseguenza della tendenza alla specializzazione del terapeuta attorno a tematiche e problemi particolari. L'attenzione alla figura del terapeuta, alle sue emozioni e al suo modo personale di operare amplia le diverse modalità di intervento. Il denominatore comune delle terapie di oggi resta l'attivazione delle risorse e delle capacità di autodeterminazione delle famiglie, l'attenzione alla costruzione di significati comuni e le diverse modalità di coinvolgimento delle famiglie a seconda della specificità della situazione: terapia familiare congiunta, terapia familiare con momenti individuali e di coppia, lavoro intergenerazionale e interventi di rete.

2. VALUTAZIONE DELL'ESPERIENZA CLINICA

La valutazione è un processo finalizzato a rilevare l'esito di un insieme di azioni, il risultato di un compito. In genere si tende a valutare le caratteristiche iniziali di un sistema su cui intervenire, come nel caso della diagnosi, o i cambiamenti in atto nel corso di un processo fino all'esito finale. Permette di accrescere la conoscenza dei processi evolutivi e del cambiamento da come si è, a quello che si fa all'interno di un contesto istituzionale. È un compito complesso che comprende l'atto di valutare, l'essere valutati e l'autovalutarsi. Per mezzo della valutazione è possibile ordinare un processo, attribuire valore agli oggetti, alle azioni e agli individui.

Il valutatore nel momento in cui sottopone il sistema osservato a determinati valori ne modifica alcuni aspetti e ne viene modificato [13]. Egli formula ipotesi che sottopone a verifica nella relazione con il sistema osservato per giungere a nuove ipotesi come possibile chiave di lettura di un determinato contesto, in un processo che ha carattere ricorsivo.

Negli ultimi anni i processi di valutazione hanno riguardato molti ambiti, fra questi l'attività psicologica e la psicoterapia. La crisi del welfare con la diminuzione delle risorse ha accentuato le esigenze degli enti locali, delle assicurazioni, delle associazioni, delle aziende e dei cittadini di controllare efficacia ed efficienza dei servizi e delle attività. La diminuzione delle risorse insieme all'esigenza di razionalizzare la spesa sociale determina il bisogno di valutare la redditività dei servizi.

Nel caso della terapia familiare la proliferazione degli approcci e la differenziazione dell'offerta comportano l'esigenza di dare valore al proprio modello differenziandolo dagli altri approcci [14]. Ne derivano diversi metodi di valutazione che si dibattono tra le esigenze del rigore scientifico e la considerazione della complessità e della specificità dell'oggetto indagato nel caso del processo terapeutico.

Per quanto riguarda la valutazione del cambiamento in terapia i risultati sono poco generalizzabili, essendo collegati alla valutazione clinica del paziente, del sistema relazionale e al modello teorico del terapeuta. In Italia la ricerca sulla valutazione del lavoro terapeutico ha visto nascere negli ultimi anni significativi contributi, fra i quali ricordiamo: Malagoli Togliatti, Cespa, Costanzo[2]; Bertrando[15]; Selvini Palazzoli, Cirillo, Selvini, Sorrentino [16]; Andolfi, Angelo, D'Atena [17]; Onnis [18].

Da una parte la ricerca ha riguardato gli esiti dell'attività clinica verificandone a distanza di tempo gli effetti e così definire il trattamento adatto per specifiche problematiche, dall'altra si è sviluppato un settore di ricerca processuale in terapia familiare[19] che prende in considerazione l'interazione fra terapeuti e clienti e gli eventi che si verificano al di fuori di essa. Fino ad ora non si è riusciti a sviluppare una comune indicazione metodologica che tenga conto della specificità della terapia, dei riferimenti scientifici e della possibilità di trasmissione dell'esperienza clinica.

Aspetto comune alle diverse valutazioni è l'approccio multidimensionale che contempla più livelli sistemici di osservazione dell'attività terapeutica [14]. Entrando nel merito dei processi di valutazione, si fa riferimento alle variabili indicate da Gurman e Kniskern [20] in uno studio del 1980 riproposto nel Manuale di terapia della famiglia (ed. italiana 1995): le caratteristiche del trattamento, i fattori relativi a paziente/famiglia e i fattori legati al terapeuta.

La misura degli esiti della terapia non può comunque prescindere dal confronto fra gli obiettivi prefissati (dal terapeuta, dalla famiglia) e quanto emerge dall'intervento. Di solito gli obiettivi della terapia sono riferiti al cambiamento di comportamento osservabile prima e dopo il trattamento. Secondo il modello sistemico relazione, scrivono Malagoli Togliatti, Cespa e Costanzo[2], la guarigione è vista come superamento di una impasse che blocca la capacità di evoluzione della famiglia e determina un cambiamento circolare a livello individuale e sistemico. Si attribuisce rilevanza all'evoluzione del processo terapeutico nel senso degli esiti relativi al problema presentato, ai comportamenti sintomatici e alle modificazioni nella struttura e nell'organizzazione della famiglia a livello trasversale e longitudinale.

La malattia può essere definita come la rottura di un equilibrio, rispetto ad una condizione di normalità non sempre corrispondente ad un modello uniforme, con conseguenze nella struttura o nelle funzioni che comporta l'instaurarsi di una condizione morbosa. In riferimento agli studi sulla famiglia, Vella e Loredio [21] approfondiscono il concetto di guarigione e ne evidenziano alcuni modelli: scomparsa del sintomo, soluzione del problema, superamento della fase del ciclo vitale, raggiungimento degli obiettivi terapeutici, scomparsa di modelli relazionali disfunzionali, superamento delle limitazioni.

2.1. LA VALUTAZIONE DELLE TERAPIE

Ma ..., quando si decide la fine di una terapia e come? Di solito quando la famiglia è in grado di utilizzare le proprie risorse per affrontare le esigenze che la vita gli pone. Aspetto che non è facile da valutare da parte dei giovani terapeuti con poca esperienza alle spalle e desiderosi di avere punti di riferimento oggettivi.

È più facile poter definire la conclusione della terapia quando si giunge alla remissione del sintomo e i disturbi del paziente sono risolti, riferendosi a parametri oggettivabili. Può essere meno semplice decidere la conclusione quando sono avvenuti notevoli miglioramenti, anche se non si riscontra la completa “guarigione”, come nelle situazioni più complesse. È utile avere presente che i cambiamenti più significativi nel sistema familiare avvengono nel corso del tempo dopo la conclusione della terapia e possono essere rilevati tramite il follow up dopo un anno dal termine del trattamento.

Nel corso della terapia è continuamente messa alla prova la capacità di valutazione ed autovalutazione del processo terapeutico, da cui discendono le decisioni che di volta in volta vengono prese. Si va dalla definizione e consapevolezza delle premesse e delle ipotesi di lavoro all’osservazione dell’interazione con la famiglia, nel corso dell’attività, alla rilevazione dei cambiamenti, in riferimento alla situazione di partenza e alla pertinenza con le ipotesi formulate.

Per offrire ai terapeuti in formazione la possibilità di controllare questo processo e orientarsi in merito all’esito del lavoro clinico e ai temi attinenti abbiano istituito un gruppo di ricerca sulla valutazione delle terapie.

La ricerca sulla valutazione si propone di rilevare i cambiamenti che avvengono nel corso delle terapie, sia come parziale o completa scomparsa del sintomo o soluzione dei problemi portati e sia sul piano relazionale nei “giochi” e nell’evoluzione del sistema familiare. Inoltre un aspetto importante è dato dalla esplorazione dei cambiamenti a distanza non solo nella famiglia ma anche nel sistema terapeutico.

Per quanto attiene ai dati presi in esame facciamo riferimento ai criteri di osservazione descritti nel paragrafo precedente. Ad essi si aggiungono le informazioni ottenute tramite follow up e un’indagine di comparazione fra le caratteristiche relazionali della famiglia in prima e ultima seduta utilizzando il modello sistemico di Beavers [11,12].

Questa parte del lavoro di ricerca consiste nella osservazione della videoregistrazione della prima e dell’ultima seduta ad opera di due gruppi distinti di cinque giudici, terapeuti in formazione. Si fa in modo che chi valuta la prima seduta di una terapia non sia coinvolto nella valutazione dell’ultima, allo scopo di evitare possibili condizionamenti e nutrire aspettative fuorvianti avendo già una certa conoscenza della famiglia e del sistema terapeutico oggetto di osservazione.

Dopo aver visionato la videoregistrazione della seduta i giudici compilano due questionari. Il primo contiene le scale per valutare il funzionamento della famiglia [11], il secondo si riferisce allo stile familiare [11]. Successivamente il gruppo di ricerca elabora i dati prodotti dai valutatori e compara i giudizi della prima e dell’ultima seduta per rilevare aspetti interessanti sulle caratteristiche relazionali della famiglia e sul sistema terapeutico.

2.2 IL MODELLO SISTEMICO DI BEAVERS

Nella valutazione relazionale del funzionamento del sistema familiare il modello di Beavers ha diversi punti di contatto con il modello circonflesso di Olson orientato a rilevare la coesione, l'adattabilità e la comunicazione [22]. Per il confronto tra i due modelli si fa riferimento alle considerazioni di Beavers e Voeller [23] e in Italia alle osservazioni di Fruggeri [24], Loriedo e Picardi [25].

Il modello di Beavers [11] si basa su due dimensioni: la competenza e lo stile familiare. La competenza si riferisce alle caratteristiche della struttura familiare. In questa dimensione le scale prese in esame sono:

- Struttura familiare (potere manifesto, coalizione parentale, vicinanza);
- Immagine di sé;
- Negoziiazione diretta allo scopo;
- Autonomia (chiarezza di espressione, responsabilità, ricettività);
- Affettività familiare (gamma di sentimenti, stato d'animo e tono, conflitto irrisolvibile, empatia);
- Scala globale salute patologia.

Le famiglie considerate competenti (figura 8) hanno struttura flessibile, comunicano apertamente, accettano le differenze, sono in grado di risolvere i problemi e di adattare la propria organizzazione alle necessità evolutive e alle esigenze esterne. La dimensione della competenza è lineare, si va dalla famiglia gravemente disfunzionale, borderline, media, per giungere alla famiglia sana, adeguata e ottimale. La capacità della famiglia è osservata lungo un continuum: da un sistema entropico disfunzionale ad un sistema organizzato e flessibile con buone capacità di negoziazione e funzionamento [25].

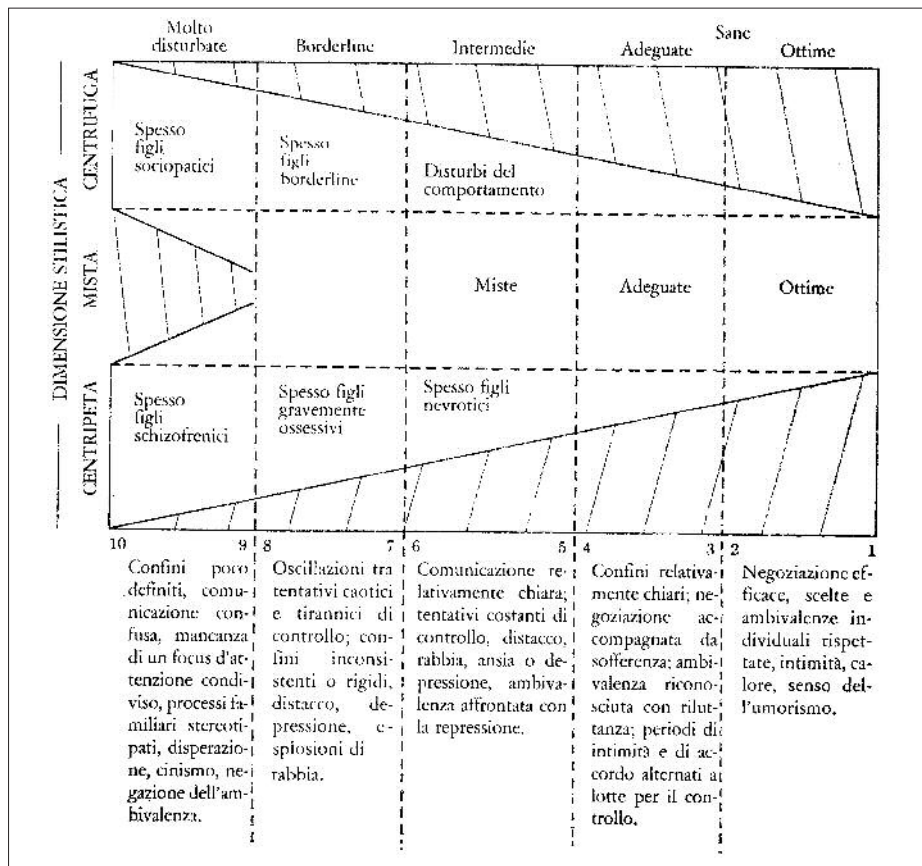
La dimensione dello stile familiare comprende le seguenti scale: bisogni di dipendenza; grado di manifestazione dei conflitti; distanza fisica; modo di presentarsi in società; espressione verbale di vicinanza; qualità assertive e aggressive; espressione dei sentimenti positivi e negativi; scala globale della famiglia centripeta/centrifuga.

Questa dimensione ha un andamento curvilineo, ai due estremi abbiamo lo stile centripeto e centrifugo, in mezzo troviamo la famiglia mista. Se la coesione del modello di Olson si riferisce alla distanza interpersonale all'interno della famiglia, lo stile centripeto/centrifugo – come osserva Scabini [26] – ne riprende il concetto e sottolinea soprattutto la distanza fra famiglia e ambiente.

Le dimensioni della competenza e dello stile sono collegate e forniscono un'utile mappa per le caratteristiche essenziali del sistema e del funzionamento della famiglia e dell'individuo. Dall'incrocio tra le due dimensioni derivano nove sistemi familiari caratteristici: famiglie ottimali, famiglie adeguate, famiglie intermedie (centripete, miste e centrifughe); famiglie borderline (centripete, centrifughe); famiglie gravemente disfunzionali (centripete, centrifughe).

Il modello di Beavers è funzionale e dinamico, non propone una modalità ideale, ma si riferisce alle capacità di adattamento del sistema. Descrive il funzionamento familiare visualizzando qualità, modelli e capacità di adattamento. Misura le competenze di famiglie intere impegnate nello svolgimento di normali compiti. Le famiglie con capacità simili possono mostrare stili funzionali di rela-

Figura 8. Modello sistemico di Beavers, in Beavers, Voeller [23].



zione e interazione differenti che si modificano al manifestarsi dei cambiamenti evolutivi.

I criteri di base della valutazione familiare [11] seguiti sono: processo continuo di valutazione; riferimento a molteplici livelli di gerarchia sistemica (individuale, familiare, sistema/terapeuta); integrazione delle descrizioni interne alla famiglia ed esterne; processo che si svolge contemporaneamente al trattamento; osservazione che contempla livelli multipli microscopici (piccoli scambi e comportamento) e macroscopici; attenzione al funzionamento corrente; essere clinicamente rilevante e offrire un'adeguata validità del trattamento; guidare il terapeuta nella strategia di intervento.

2.3. COME SI RILEVANO I DATI

I dati necessari per valutare le dimensioni dello stile e della competenza si riferiscono all'osservazione della famiglia mentre svolge un compito che gli vie-

ne assegnato nel corso della prima seduta da parte del terapeuta: “*discutete ciò che si vorrebbe cambiare nella famiglia*”. Per il compito si stabiliscono 10 minuti circa di tempo, durante il quale il terapeuta lascia la stanza e videoregistra quello che accade.

Questo materiale fornisce un campione del comportamento familiare interattivo diretto a un fine. Sulla base dei dati che emergono dai dieci minuti di interazione osservati direttamente da dietro lo specchio o tramite videoregistrazione, il terapeuta e l'équipe classificano e codificano le scale di interazione familiare. Questi dati vengono incrociati con la rappresentazione interna al sistema ottenuta con un questionario di autovalutazione compilato dalla famiglia.

Rispetto alle procedure per la valutazione indicate da Beavers e Hampson [11] abbiamo operato alcune modifiche, dovute alla caratteristica del materiale da esaminare e alla specificità delle nostre esigenze. In primo luogo l'osservazione non viene fatta su una porzione di seduta dove la famiglia discute liberamente senza la presenza del terapeuta, dato che per molte terapie già concluse non è possibile ricreare questa condizione..

Si valuta allora, attraverso la videoregistrazione, conservata nell'archivio, l'intera prima seduta. Osservando la famiglia con il terapeuta abbiamo un sistema relazionale condizionato dalla presenza di un attore che ordina e guida l'interazione. Lo stile del terapeuta influenza il colloquio e incide sulla rilevazione dei dati. Di solito nel corso delle sedute le interazioni tra i componenti il sistema familiare non sono sempre dirette ma mediate dal terapeuta, per avere dati significativi sulle dimensioni riferite all'interazione familiare occorre osservare una porzione ampia del colloquio, per questo utilizziamo il contenuto di tutta la seduta.

Abbiamo deciso di non far partecipare il terapeuta alla valutazione, perché la sua posizione non può essere neutra, è coinvolto direttamente nella terapia e le conoscenze acquisite sulla famiglia e sull'esperienza fatta ne condizionano il giudizio. Invece i valutatori non hanno altre informazioni sul sistema famiglia/terapeuta oltre a quanto osservano nella videoregistrazione della seduta da esaminare. Per lo stesso motivo è opportuno che i giudici non facciano comunque parte dell'équipe che ha condotto la terapia.

Gli stessi criteri si seguono per l'esame della videoregistrazione dell'ultima seduta. In questo caso occorre far sì che i giudici siano diversi rispetto a quelli coinvolti nella valutazione della prima seduta. L'osservazione riguarda le scale della competenza e dello stile. Non è possibile utilizzare il questionario di autovalutazione [11] previsto da Beavers per la famiglia, poiché si tratta di terapie già concluse. Ciò nonostante, dato che una parte dell'ultima seduta è abitualmente dedicata alla valutazione della terapia, si fa riferimento ai giudizi espressi da parte dei componenti la famiglia sugli esiti del lavoro terapeutico.

Tramite il confronto della prima e dell'ultima seduta si osservano le differenze nel sistema famiglia/terapeuta fra il momento di inizio, quando si presume che la famiglia sia in una fase di difficoltà e per questo chiede aiuto, e l'ultima seduta, quando è possibile che siano avvenuti cambiamenti significativi tanto da far decidere la conclusione del trattamento.

Compilate le due scale da parte dei giudici riferite alla prima e all'ultima seduta, i dati vengono tabulati, elaborati statisticamente per effettuare la comparazione e integrati con le altre informazioni concernenti la terapia.

Le ipotesi che proviamo a verificare riferendoci all'andamento consueto del lavoro terapeutico sono le seguenti: all'inizio della terapia la famiglia presenta una struttura relativamente rigida e poco articolata a seconda della gravità delle difficoltà che vive in quel momento, le dimensioni che si riferiscono allo stile è probabile che siano orientate verso posizioni esterne centripete/centrifughe. Al termine della terapia ci aspettiamo di trovare una struttura familiare più articolata, con maggiori gradi di flessibilità e uno stile che attenua le posizioni esterne e tende verso caratteristiche miste. Per la scala "salute competenza" ci aspettiamo lo spostamento verso valori sani. A questi dati si aggiungono le osservazioni riferite alle caratteristiche dell'intervento e ai cambiamenti che riguardano il terapeuta e il modo di relazionarsi con la famiglia.

2.4. ASPETTI INERENTI LA VALUTAZIONE SECONDO IL MODELLO BEAVERS

Non tutte le terapie effettuate presso l'Istituto Emmeci di Torino sono adatte per essere valutate secondo le procedure esposte sopra. Non vengono prese in esame le terapie individuali, mentre sono idonee le terapie di coppia e di tutta la famiglia (il 90% del campione).

Nel caso delle terapie di coppia la rilevazione delle dimensioni relative alla competenza e allo stile presenta alcune difficoltà. Nel corso dei colloqui l'interazione fra i componenti della coppia non sempre fornisce indicazioni sufficienti per rispondere alle domande delle scale Beavers. Nelle coppie permane una certa "complicità relazionale" che porta ad interazioni non sempre chiare e a volte ambigue se rapportate alla richiesta di aiuto. Diventa importante lo stile del terapeuta e la sua abilità nell'aiutare i partner a superare modalità difensive e a favorire scambi interattivi espliciti: relazione di potere, autonomia, negoziazione, vicinanza e affettività.

Nei colloqui con le coppie la comunicazione verbale può assumere una certa rilevanza, tanto da far passare in secondo piano i messaggi non verbali e rendere meno immediata la rilevazione delle caratteristiche relazionali. Quando si esamina la videoregistrazione della seduta, il giudice non rilevando sufficienti segnali analogici tende a concentrarsi sul contenuto della comunicazione verbale. Per evitare questa distorsione è necessario un buon allenamento da parte dei valutatori, allo scopo di cogliere anche in interazioni poco espressive importanti segnali a livello non verbale che sono utili non solo per la valutazione, ma anche per entrare in sintonia con il sistema relazionale emotivo familiare.

I limiti che abbiamo considerato per le terapie di coppia sono meno frequenti nell'esame delle sedute di terapia familiare. In questo caso la presenza dei figli rende l'interazione più dinamica e favorisce l'espressione dei processi di triangolazione interni alla famiglia.

Non tutte le terapie con la famiglia sono idonee per la valutazione, in quanto può capitare che nelle prime sedute siano presenti tutti i componenti del sistema familiare, mentre nell'incontro conclusivo sia presente la sola coppia geni-

toriale. Questo fenomeno è più frequente nelle terapie familiari con bambini sintomatici e con adolescenti in fase di svincolo, oppure quando il sintomo è portato da uno dei genitori.

Per effettuare il confronto è necessario che in prima e in ultima seduta sia presente il medesimo sistema relazionale. Altrimenti diventa difficile comparare sistemi con componenti e caratteristiche relazionali diverse indipendentemente dai cambiamenti che possono essere avvenuti nel corso della terapia. Per ovviare a questo limite, è possibile convocare in ultima seduta tutta la famiglia e fare una verifica congiunta e partecipata del lavoro svolto, anche quando l'evoluzione della terapia ha comportato una fase intermedia di colloqui disgiunti, ad esempio con la sola coppia genitoriale o con il sottosistema filiale.

Il coinvolgimento nell'attività di ricerca dei terapeuti in formazione porta ad un duplice effetto. I futuri terapeuti, osservando le videoregistrazioni delle terapie effettuate dai colleghi che hanno completato la formazione o sono in fase conclusiva, hanno la possibilità di conoscere in maniera strutturata l'esperienza del lavoro con le famiglie e ridefinire, anche alla luce di questi elementi, il proprio modo di lavorare.

Inoltre la familiarità con le scale Beavers permette ai futuri terapeuti di apprendere un modello articolato di lettura delle interazioni familiari che una volta acquisito diventa strumento di orientamento per lavorare con le famiglie. L'utilizzo delle scale Beavers comporta l'acquisizione di un linguaggio articolato per leggere il sistema familiare e rilevarne le caratteristiche funzionali e le capacità di adattamento. Nello stesso tempo rende più agevole cogliere i cambiamenti che avvengono nel corso della terapia e controllarne il processo. Permette di utilizzare riferimenti e parametri comuni fra terapeuti sistemico relazionali nella lettura delle interazioni osservabili in terapia. Questo aspetto facilita il confronto e lo scambio dell'esperienza fra gli operatori e nella comunità terapeutica.

2.5. PRIME OSSERVAZIONI SUI PUNTEGGI

In questo periodo è in corso l'attività di valutazione delle terapie. Sono stati elaborati i primi dati riferiti ad un campione di 50 terapie.

Riportiamo le indicazioni che emergono dal confronto fra la prima e l'ultima seduta in considerazione dell'andamento delle scale di interazione della competenza e dello stile familiare. Negli istogrammi che seguono sono stati elaborati i dati complessivi riferiti a cinquanta terapie valutate seguendo il metodo Beavers.

Le due colonne comparano l'insieme dei dati di tutte le prime sedute e delle ultime. I valori riportati sono stati elaborati in una scala che va da 1 a 5 (figura 9).

Dati relativi alle scale della competenza familiare

Struttura familiare. Nella relazione di potere la famiglia passa da una condizione di partenza tendenzialmente rigida (dominanza marcata e moderata) verso una maggiore negoziazione con alternanza di dominio e sottomissione. Nel 20% delle famiglie si passa da uno stato iniziale di alternanza e dominio moderato verso il dominio marcato (figure 10, 11).

Figura 9. Miglioramento globale medio.

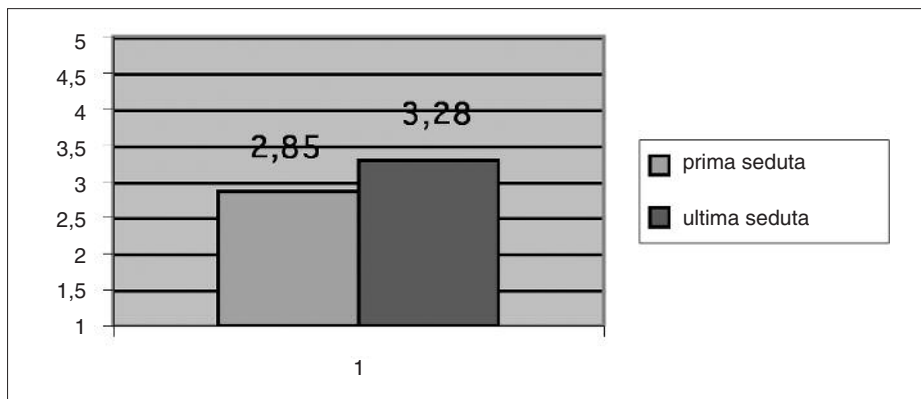


Figura 10. Struttura familiare: potere manifesto.

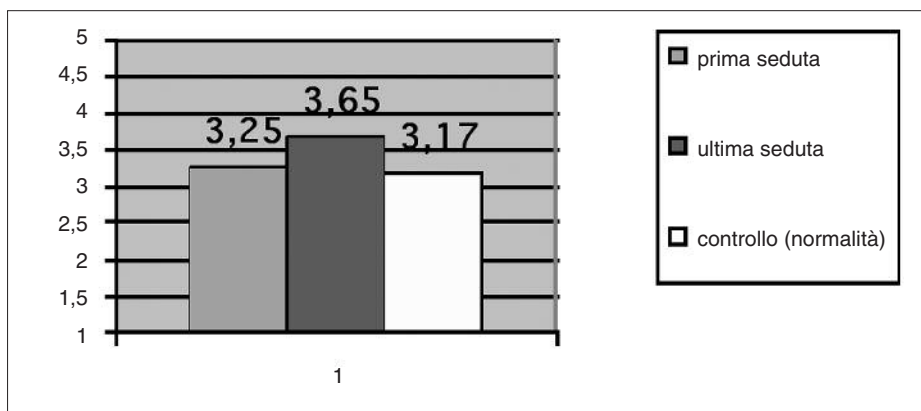
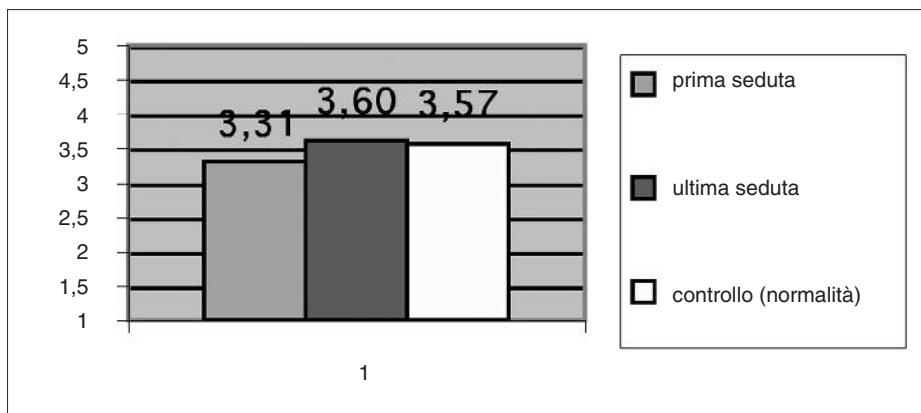


Figura 11. Struttura familiare: vicinanza.



La struttura della relazione familiare va da una fase iniziale di debole coalizione parentale con episodi di coalizione genitore-figlio all'accentuazione della coalizione parentale. Fanno eccezione alcune terapie che registrano un andamento negativo in quasi tutti i parametri delle scale. Nella scala della vicinanza, si passa da confini caratterizzati dalla sensazione di isolamento e distanziamento ad una maggiore vicinanza con confini distinti. In un terzo delle famiglie non si rilevano significative variazioni fra la prima e l'ultima seduta.

Immagini di sé. L'idea che la famiglia ha di sé e del funzionamento, passa dall'iniziale immagine incongrua alla congruenza prevalente. Fanno eccezione poche terapie che registrano il passaggio opposto dalla congruenza alla incongruenza, oppure l'immagine non si modifica nel corso del trattamento restando in posizione intermedia (figura 12).

All'inizio della terapia la famiglia è consapevole delle proprie difficoltà di funzionamento, mentre al termine i cambiamenti verificatisi fanno sì che prevalga la percezione di un sistema più funzionale alle esigenze dei suoi membri.

Negoziazione diretta allo scopo. Le capacità di negoziazione (figura 13) all'inizio del trattamento è per lo più scadente e nel corso della terapia si modifica raggiungendo in generale livelli sufficienti, e in alcuni casi anche buone capacità di contrattazione. Fanno eccezione alcune terapie di coppia dove la capacità di negoziazione registra una sensibile riduzione.

Autonomia. La chiarezza di espressione dei sentimenti (figura 14) e dei pensieri da parte dei componenti della famiglia non presenta significative variazioni nel corso della terapia. Fin dall'inizio l'espressione dei pensieri e dei sentimenti individuali non occupa posizioni estreme, collocandosi fra vaga/confusa e in parte chiara. Resta tale nel corso della terapia con oscillazioni da caso a caso non particolarmente significative.

Nell'assunzione delle responsabilità (figura 15) rispetto alle proprie azioni passate, presenti e future, l'andamento è altalenante. In più della metà delle terapie si riscontra un marcato spostamento fra la prima e l'ultima seduta verso una maggiore capacità di assunzione della responsabilità delle azioni individuali. Negli altri casi non si rilevano sostanziali cambiamenti e sono pochi quelli che presentano un peggioramento della condizione iniziale.

Il grado di apertura e ricettività (figura 16) alle affermazioni degli altri membri della famiglia, si ottiene un sostanziale miglioramento. Invece un quinto dei casi esaminati registra un marcato spostamento dalla posizione non ricettiva ad un'apertura moderata. Sono pochi i casi in cui non si registrano significative variazioni oppure l'andamento è negativo.

Affettività familiare. Per quanto attiene la gamma di espressione dei sentimenti, in nove terapie si rileva un miglioramento. Si va da espressioni mascherate o limitate a chiare e dirette con una maggiore gamma di sentimenti (figura 17).

Lo stato d'animo e il tono dei sentimenti espressi (figura 18) si presenta inizialmente con caratteristiche depressive per poi diventare moderatamente variabile con l'alternarsi di ostilità e periodi piacevoli.

Il grado di conflitto irrisolvibile (figura 19) espresso dalla famiglia passa da una situazione iniziale di chiaro conflitto con danno moderato di funzionamento

Figura 12. Immagine di sé.

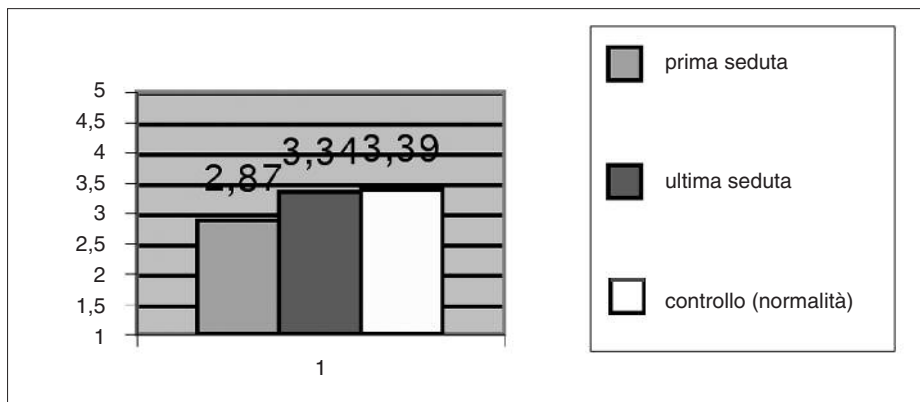


Figura 13. Negoziazione diretta allo scopo.

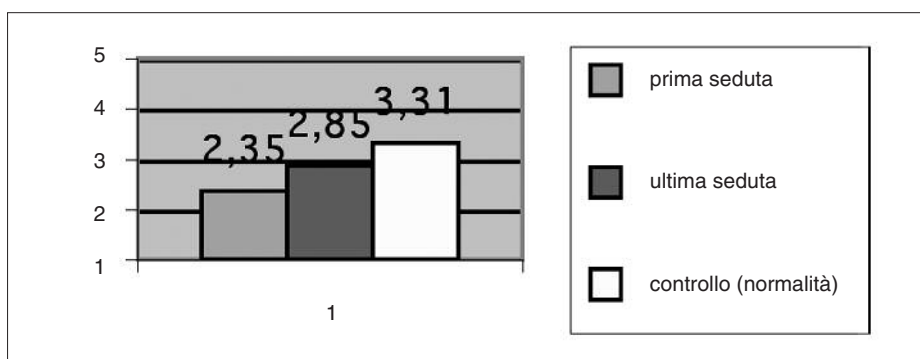


Figura 14. Autonomia: chiarezza di espressione.

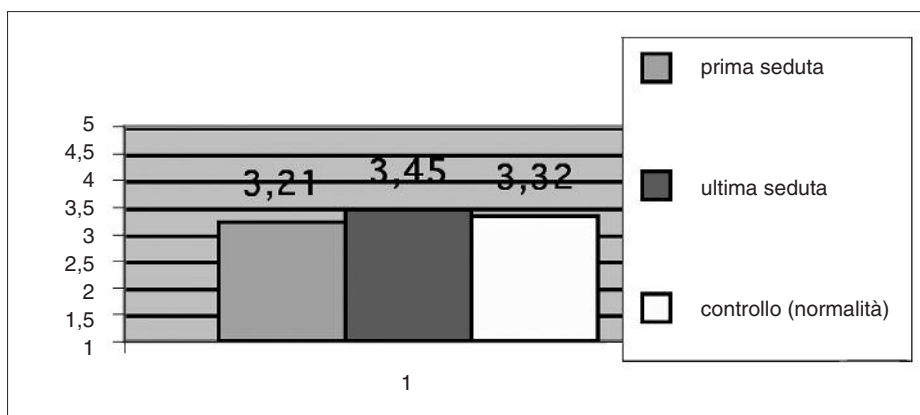


Figura 15. Autonomia: responsabilità.

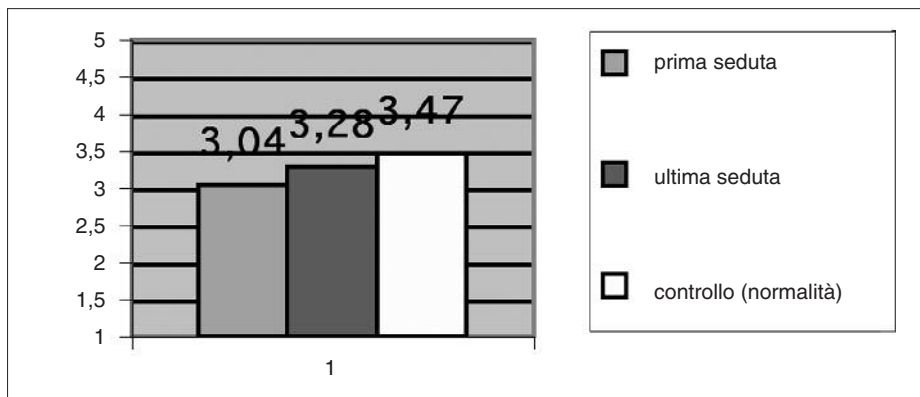


Figura 16. Autonomia: ricettività.

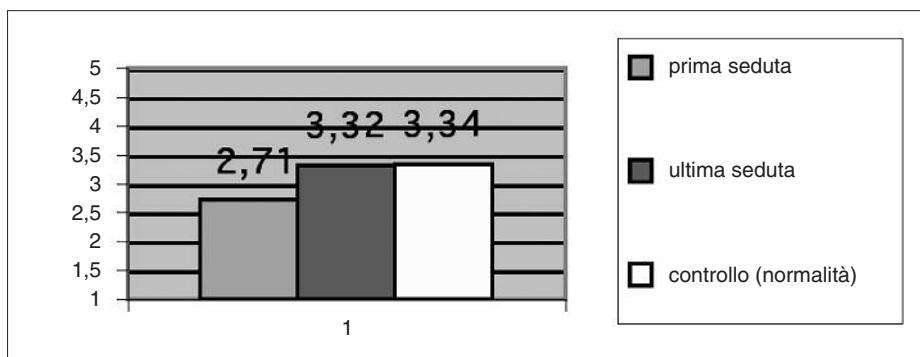


Figura 17. Autonomia: gamma di sentimenti.

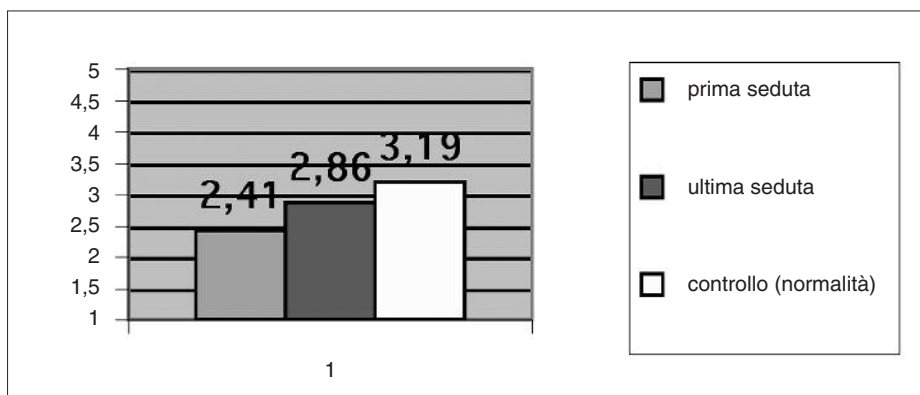


Figura 18. Affettività: stato d'animo e tono.

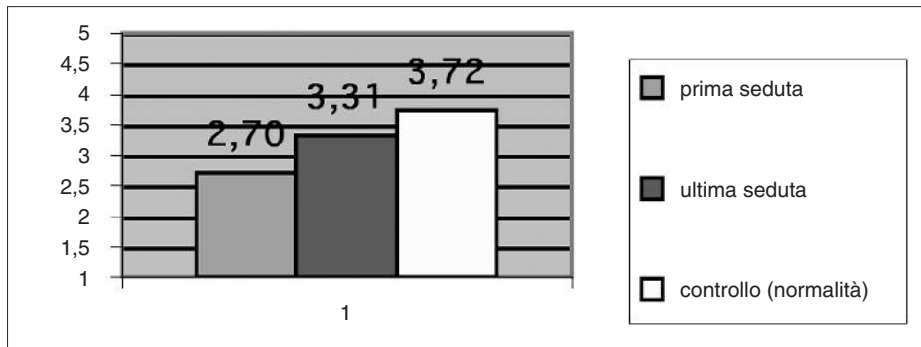
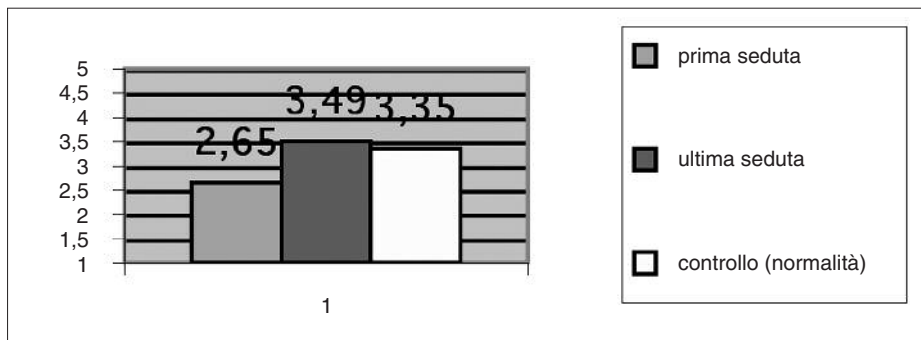


Figura 19. Affettività: conflitto irrisolvibile.



di gruppo al passaggio verso la manifestazione di segni di conflitto senza danno del funzionamento del gruppo. Sono poche le terapie che presentano un andamento anomalo con l'accentuazione del conflitto irrisolto.

Nell'espressione dell'empatia (figura 20), in prima seduta la reattività empatica è assente, mentre in ultima seduta si osservano tentativi di coinvolgimento emotivo. Nella maggior parte delle terapie si raggiunge un livello di reattività empatica reciproca fra i membri della famiglia nonostante un'evidente resistenza iniziale. In alcune terapie si rileva la diminuzione della reattività empatica.

Scala globale salute/patologia. In prima seduta le famiglie esprimono comunicazione relativamente chiara, con tentativo costante di controllo, distanziamento, collera, ansia o depressione, ambivalenza e rimozione. In ultima seduta i cambiamenti che si manifestano (figura 21) riguardano: i confini che si presentano relativamente chiari; la negoziazione accompagnata da sofferenza; l'ambivalenza ammessa con riluttanza, con alcuni periodi di affetto e unione mescolati a lotte per il controllo. In alcune terapie non si rilevano variazioni significative rispetto alle caratteristiche iniziali.

Figura 20. Affettività: empatia.

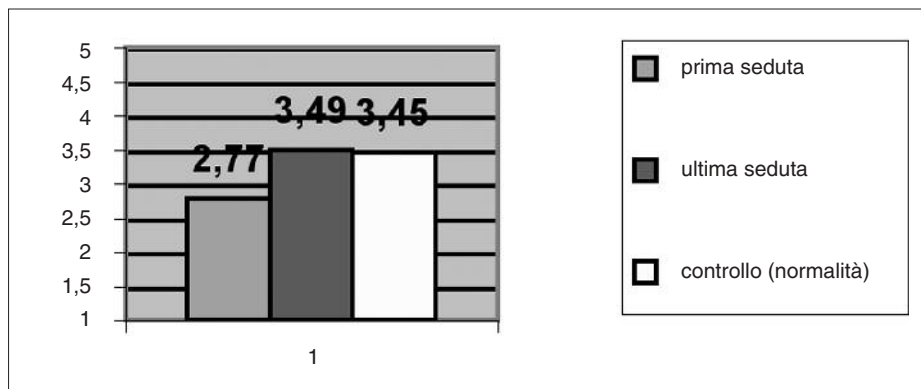
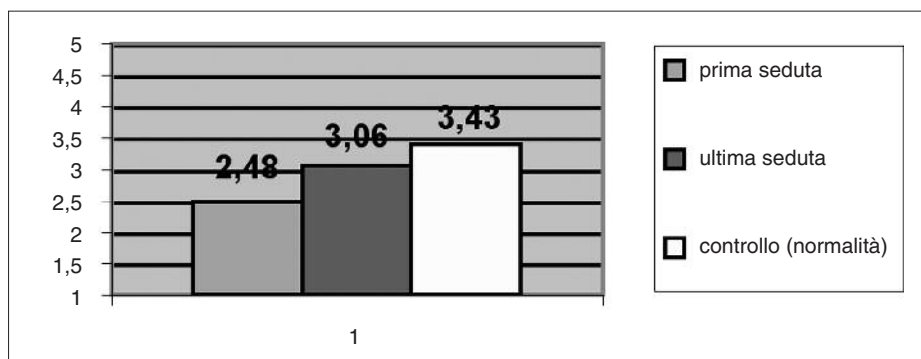


Figura 21. Scala globale: salute/patologia.



Di seguito riportiamo in dettaglio i punteggi complessivi ricavati dall'esame della prima e dell'ultima seduta di dieci terapie riguardanti le scale della competenza familiare. I punteggi concernenti lo stile familiare, avendo andamento curvilineo, richiedono una diversa elaborazione, per questo li presentiamo in forma discorsiva.

Punteggi delle scale di competenza familiare

Per ogni terapia (figure 22-31) vengono riportati: numero di archiviazione, caratteristiche del sistema familiare, numero di sedute, periodo del trattamento e problema portato.

I grafici sottoforma di istogramma riportano, per ognuna delle 10 terapie, la media dei punteggi delle cinque valutazioni effettuate, vengono confrontati i dati della prima e dell'ultima seduta.

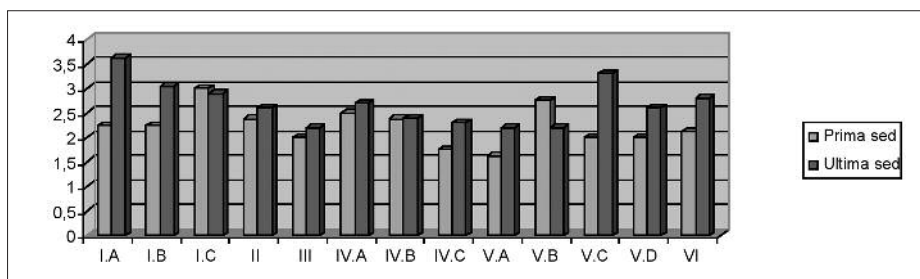
In orizzontale sono indicate le 13 scale della competenza familiare, mentre in verticale è riportato il punteggio medio ottenuto per ognuna di esse.

Codici utilizzati per le scale della competenza familiare:

- I. A = Struttura della famiglia. Potere manifesto: *dal caos ... all'uguaglianza*
- I. B = Struttura della famiglia. Coalizioni Parentali: *da coalizione genitore-figlio ... a forte coalizione parentale*
- I. C = Struttura della famiglia. Vicinanza: *da confini amorfi, vaghi e indistinti tra i membri ... a vicinanza con confini distinti tra i membri*
- II = Immagine di sé: *da molto incongruente ... a molto congruente*
- III = Negoziazione diretta allo scopo: *da estremamente inefficiente ... a estremamente efficiente*
- IV. A = Autonomia. Chiarezza di espressione: *da "è raro che qualcuno sia chiaro" ... a molto chiara*
- IV. B = Autonomia. Responsabilità: *da "raramente o mai si assumono la responsabilità di azioni Individuali" ... a "sono capaci regolarmente di assumersi la responsabilità di azioni individuali"*
- IV. C = Autonomia. Ricettività: *da membri non ricettivi ... a molto aperti*
- V. A = Affettività. Gamma dei sentimenti: *da scarsa o nessuna espressione di sentimenti ... a espressione diretta di una vasta gamma di sentimenti*
- V. B = Affettività. Stato d'animo e tono: *da cinico, disperato e pessimista ... a generalmente caldo, affettuoso, allegro e ottimista*
- V. C = Affettività. Conflitto irrisolvibile: *da grave conflitto con grave danno del funzionamento di gruppo ... a scarso o nessun conflitto irrisolvibile*
- V. D = Affettività. Empatia: *da risposte totalmente inadatte ai sentimenti ... a costante reattività empatica*
- IV = Scala globale salute/patologia: *da gravemente disfunzionale ... a famiglia ottimale*

n. 96

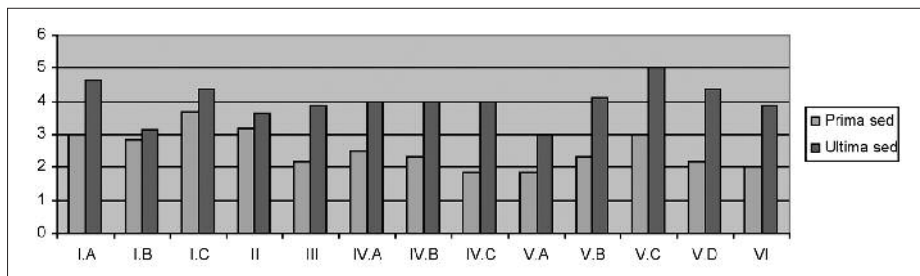
Figura 22. Terapia.



Terapia familiare (padre, madre e figlia adolescente), 11 sedute, periodo gennaio – luglio '01. Problema portato: disturbi del comportamento della figlia adolescente

n. 148

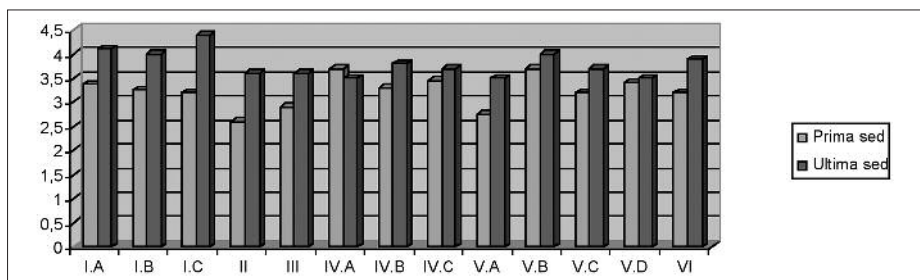
Figura 23. Terapia.



Terapia familiare (padre, madre e figlia), 15 sedute, periodo novembre '95 – gennaio '97. Problema portato: enuresi e conflitti con la figlia

n. 164

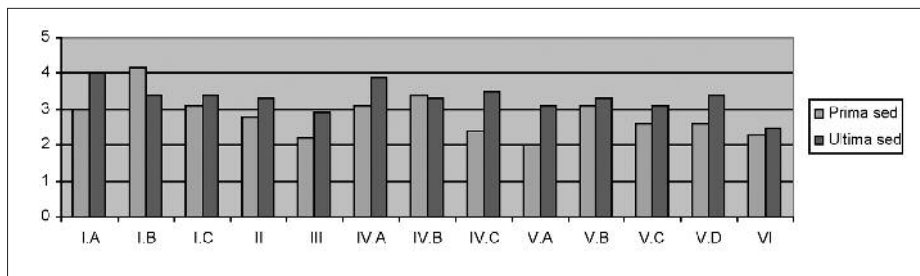
Figura 24. Terapia.



Terapia di coppia (conviventi provenienti da precedenti matrimoni, entrambi con un figlio), 14 sedute, periodo febbraio '01 – luglio '02. Problema portato: conflitti nella coppia

n. 171

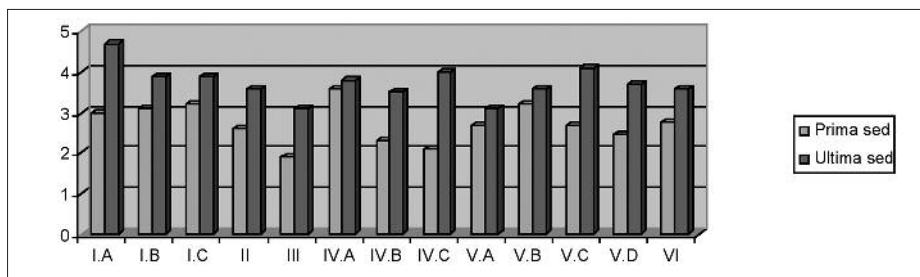
Figura 25. Terapia.



Terapia di coppia (famiglia con due figli piccoli), 9 sedute, periodo dicembre '98 – ottobre '00. Problema portato: tossicodipendenza di lui

n. 175

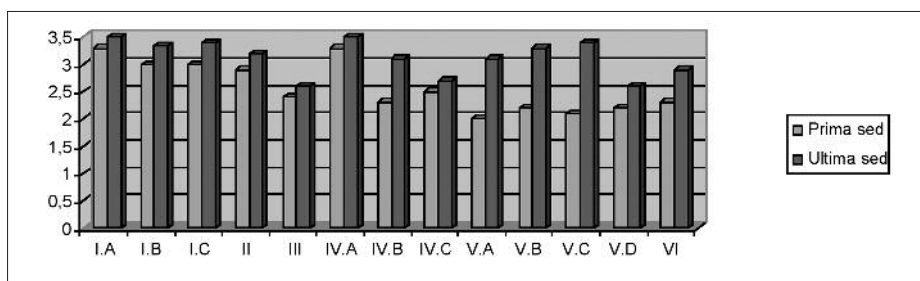
Figura 26. Terapia.



Terapia di coppia (famiglia con una figlia piccola), 7 sedute, periodo febbraio – giugno '02. Problema portato: conflitti nella coppia e con le famiglie d'origini, disturbi d'ansia e difficoltà sessuali

n. 185

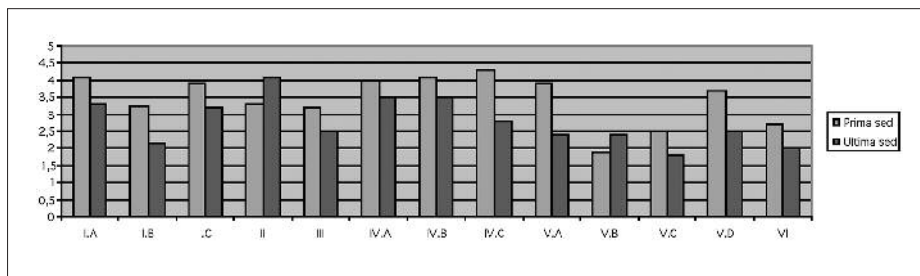
Figura 27. Terapia.



Terapia di coppia (famiglia con due figli adolescenti), 9 sedute, periodo gennaio – settembre '02. Problema portato: depressione di lei

n. 200

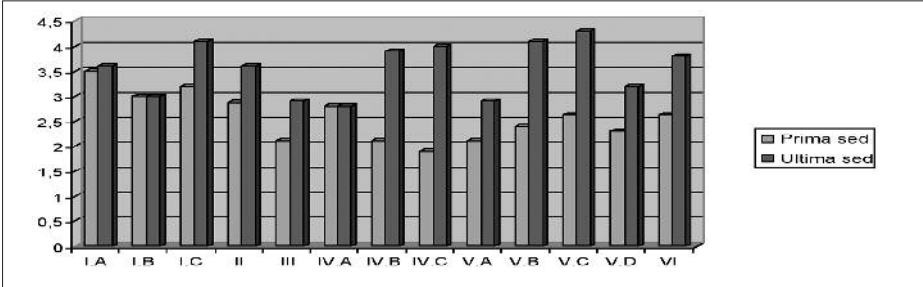
Figura 28. Terapia.



Terapia di coppia (famiglia con due figli), 15 sedute, periodo ottobre '00 – agosto '01. Problema portato: conflitto di coppia

n. 207

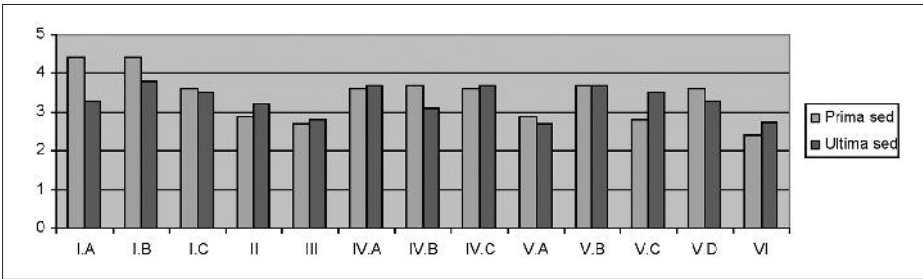
Figura 29. Terapia.



Terapia di coppia, 13 sedute, periodo febbraio '01 – maggio '02. Problema portato: conflitto di coppia

n. 213

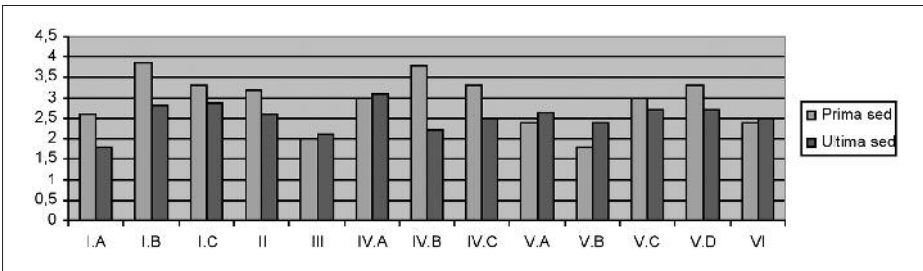
Figura 30. Terapia.



Terapia familiare (coppia con una figlia in fase di svincolo), 6 sedute, periodo luglio – dicembre '02. Problema portato: figlia anoressica

n. 215

Figura 31. Terapia.



Terapia di coppia (famiglia con due figli adolescenti), 9 sedute, periodo dicembre '00 – dicembre 01. problema portato: conflitti nella coppia, con i figli e le famiglie d'origine, sintomi depressivi e difficoltà sessuali

Dati relativi alle **scale dello stile familiare**

I membri della famiglia per quanto riguarda il grado di dipendenza partono da posizioni più estreme, con spostamenti verso livelli moderati di incoraggiamento o scoraggiamento. Solo pochi casi evidenziano uno spostamento marcato verso l'incoraggiamento dei bisogni di dipendenza.

I conflitti degli adulti si presentano con caratteristiche che vanno dal livello "a volte nascosti e latenti" al livello "generalmente manifesti".

In merito alla distanza fisica fra i membri della famiglia le oscillazioni sono attorno ai valori medi che vedono alcuni membri mantenere un contatto fisico ed altri evitarlo.

In queste famiglie i componenti sembrano preoccupati di fare buona impressione, nel corso della terapia questo atteggiamento registra lievi spostamenti.

I membri delle famiglie si spostano da posizioni di moderata negazione della vicinanza a una situazione intermedia che non considera un problema la vicinanza.

Nella espressione delle qualità assertive e aggressive dei membri si resta in posizioni intermedie tra scoraggiamento e incoraggiamento.

Nell'espressione dei sentimenti, in prima seduta prevalgono i sentimenti negativi, che nel corso della terapia si riducono e lasciano spazio a sentimenti moderatamente positivi. Invece le famiglie che esprimono in maniera attenuata sia i sentimenti positivi, sia i sentimenti negativi nel corso del trattamento non modificano più di tanto questo atteggiamento mantenendosi in posizioni intermedie.

Nella scala dello stile globale della famiglia centripeta/centrifuga tutti si collocano in prossimità della posizione mediana con piccole variazioni che oscillano fra un orientamento interiore con spinta verso l'interno e un orientamento esteriore con spinta verso l'esterno.

2.6. LA PERSONA DEL TERAPEUTA E L'AUTODETERMINAZIONE DELLA FAMIGLIA

In generale per quanto riguarda la dimensione salute competenza, risulta che le famiglie che si incontrano con più frequenza in terapia sono quelle intermedie. Famiglie che generalmente crescono figli sani, ma possono essere soggette a disturbi emotivi e comportamentali. Sono famiglie che si presentano come sistemi rigidi orientati al controllo e alla gestione del potere, con la predilezione per la disciplina, dato che si pensa che le persone siano cattive e inaffidabili. Emotivamente sono ambivalenti, negano le forti emozioni e si affidano alla rimozione e alla proiezione. I rapporti di parentela sono conflittuali e freddi e può capitare che ogni genitore abbia un figlio preferito.

Per quanto attiene lo stile relazionale, le famiglie del nostro campione oscillano in maniera incostante fra comportamenti centripeti e centrifughi. Ne derivano tensioni e conflitti di ruolo che si esprimono apertamente in privato. I figli potrebbero manifestare disturbi di interiorizzazione e diventare ribelli e ostili.

Dai dati relativi all'ultima seduta emerge complessivamente uno spostamento verso sistemi familiari più adeguati. In quattro casi questo passaggio è meno netto ed in uno si registra il fenomeno inverso: l'accentuazione di modalità in-

terattive conflittuali. Si tratta di una terapia di coppia che si è conclusa con la separazione dei coniugi.

Sulla scala centripeta/centrifuga non si registrano significativi spostamenti, le famiglie al termine della terapia mantengono lo stile misto, manifestando lievi oscillazioni che restano comunque in prossimità della posizione mediana. Viene confermata la caratteristica dinamica dello stile che integra la capacità di adattamento della famiglia e il grado di competenza del sistema.

Può sembrare scontato ritenere che nelle prime sedute si incontrino sistemi relazionali disfunzionali e nel corso della terapia si determinino cambiamenti verso modalità più adeguati alle esigenze evolutive della famiglia. Invece come abbiamo riportato, non è semplice valutare queste trasformazioni.

Riferendoci alle scale di Beavers risulta che per alcuni parametri i cambiamenti che si registrano sono significativi e costanti, mentre per altri è più difficile apprezzarne le differenze fra la prima e l'ultima seduta e, in alcuni casi, si osservano tendenze che possono sembrare involutive. Sarebbe interessante confrontare questi dati con i punteggi del follow up, dopo un anno dalla conclusione della terapia, per verificare l'incidenza nel tempo dell'effetto prodotto.

Per quanto riguarda lo stile, se inizialmente la famiglia si presenta come sistema più o meno chiuso e distante dall'ambiente o, al contrario, molto aperto e poco differenziato da quest'ultimo, a conclusione della terapia queste tendenze si attenuano e prevalgono posizioni intermedie: la famiglia trova la sua "giusta" distanza dal contesto ecologico, manifestando una certa flessibilità per rispondere alle esigenze evolutive del momento.

Gli interventi terapeutici in sé non determinano automaticamente cambiamenti prestabiliti e l'esito non sempre corrisponde agli obiettivi previsti e auspicati dal terapeuta. Anche in riferimento al tipo di intervento e agli "oggetti" utilizzati i risultati che si conseguono non sono univoci, variano da situazione a situazione, tanto da non poter essere eterodeterminati. Questa imprevedibilità e indeterminazione è dovuta alle caratteristiche dei sistemi in relazione, la famiglia e il terapeuta, che si condizionano reciprocamente e si trasformano nel corso della terapia.

Le caratteristiche relazionali della famiglia si comprendono non solo in base alla specificità del sistema familiare, ma anche in riferimento allo stile del terapeuta e ai suoi interventi. Le interazioni comportano un accoppiamento strutturale [27] con esiti imprevedibili e variano così come variano i sistemi umani, l'autoriflessività e l'autoorganizzazione della famiglia si connettono con le caratteristiche personali del terapeuta che la accoglie.

La famiglia tende ad autodeterminarsi e a preservare la sua identità. Ciò nonostante gli interventi hanno effetto perturbante e attivano processi di cambiamento che sono commisurati allo stile, agli strumenti, agli oggetti e alle procedure utilizzate dal terapeuta.

Abbiamo riscontrato che gli interventi terapeutici non inducono automaticamente cambiamenti prestabiliti, secondo le nostre ipotesi, questo andamento incerto dipende da almeno due serie di fattori:

- l'autodeterminazione della famiglia.
- la persona del terapeuta.

Anche l'utilizzo di determinati oggetti o specifici protocolli di intervento comportano risultati diversi e sono più o meno efficaci a seconda del terapeuta che li usa, ma soprattutto per gli effetti della comunicazione metaforica determinata dagli "oggetti" stessi e non tanto in base al loro significato digitale.

BIBLIOGRAFIA

1. Lorigo C. Diagnosi, ipotesi e osservazione nella psicoterapia del sistema familiare. *Attraverso lo specchio* 1989; 23: 5-13.
2. Malagoli Togliatti M, Cespa G, Costanzo G. Famiglie in terapia: è possibile una valutazione. *Ecologia della mente* 1988; 5: 47-78.
3. Minuchin S, (1974). *Famiglie e terapia della famiglia*, Astrolabio, Roma, 1976.
4. Cancrini L. *La psicoterapia: grammatica e sintassi*. La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1987.
5. Selvini Palazzoli M, Boscolo L, Cecchin G, Prata G. *Paradosso e controparadosso*, Feltrinelli, Milano, 1975.
6. White M. *La terapia come narrazione*, Astrolabio, Roma, 1992.
7. Scabini E, Cigoli V. *Il familiare*. Raffaello Cortina, Milano, 2000.
8. Guidano VF. *La complessità del sé*, Bollati Boringhieri, Torino, 1988.
9. Malagoli Togliatti M, Ardore R. *Adolescenti e genitori*, La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1993.
10. Ricolfi L. *Il paradigma della reversibilità*, In: Tarozzi A, Bongiovanni G, eds. *Le imperfette utopie*. Franco Angeli, Milano, 1984.
11. Beavers R.W, Hampson RB, (1990). *La famiglia riuscita: valutazione e intervento*. Astrolabio, Roma, 1992.
12. Beavers R W, Hampson RB. *Misurare la competenza familiare: il modello sistemico di Beavers*. In: Walsh F, ed. *Ciclo vitale e dinamiche familiari*. Franco Angeli, Milano, 1995.
13. von Foerster H. (1982) *Sistemi che osservano*. Astrolabio, Roma, 1987.
14. Tamanza G. *La valutazione in psicoterapia familiare*. Vita e Pensiero, Milano, 1991.
15. Bertrando P. *Misurare la famiglia. Il metodo dell'emotività espressa*, Bollati Boringhieri, Torino, 1997.
16. Selvini Palazzoli M, Cirillo S, Selvini M, Sorrentino AM. *Ragazze anoressiche e bulimiche* Raffaello Cortina Editore, Milano, 1998.
17. Andolfi M, Angelo C, D'Atena P. *La terapia narrata dalle famiglie*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2001.
18. Onnis L. *Il tempo sospeso. Anoressia e bulimia tra individuo, famiglia e società*, Franco Angeli, Milano, 2004.
19. Bertrando P. *La ricerca in terapia familiare: un aggiornamento*. In: Gurman AS, Kniskern DP, eds. *Manuale di terapia della famiglia*, Bollati Boringhieri, Torino, 1995.
20. Gurman AS, Kniskern DP, (1980). *La ricerca sugli esiti delle terapie familiari*. In: Gurman AS, Kniskern DP, eds. *Manuale di terapia della famiglia*, Bollati Boringhieri, Torino 1995.
21. Vella G, Lorigo C. *Guarigione e ottica relazionale*. *Psicobiiettivo* 1993; 13: 35-49
22. Olson DH. *Il modello circonflesso dei sistemi coniugale e familiare*. In: Walsh F, ed. *Ciclo vitale e dinamiche familiari*. Franco Angeli, Milano, 1995.
23. Beavers RW, Voeller MN, (1983). *Due modelli familiari: il modello circonflesso di Olson e quello sistemico di Beavers*. *Terapia Familiare* 1985; 18 : 59-74.
24. Fruggeri L. *Famiglie, dinamiche interpersonali e processi psicosociali*. La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1997.

25. Lorigo C, Picardi A. Dalla teoria generale dei sistemi alla teoria dell'attaccamento. Franco Angeli, Milano, 2000.
26. Scabini E. L'organizzazione famiglia tra crisi e sviluppo. Franco Angeli, Milano, 1985.
27. Maturana H, Varela F, (1984). L'albero della conoscenza, Garzanti, Milano, 1992.