

FrancoAngeli

Collana diretta da Camillo Lorio

Francesco Canevelli

L'alleanza terapeutica con la famiglia

Criteri, procedure, storie

PSICOTERAPIA DELLA FAMIGLIA



Comitato scientifico

*Luigi Boscolo, Laura Fruggeri, Sergio Lupoi,
Marisa Malagoli Togliatti, Anna Nicolò Corigliano,
Corrado Pontalti, Luigi Schepisi,
Valeria Ugazio, Maurizio Viaro*

ISSN 2420-9201

La psicoterapia della famiglia ha raggiunto un considerevole sviluppo, sia per la sua notevole diffusione nell'assistenza pubblica dove si avvertono le necessità quotidiane delle famiglie alle prese con il disagio mentale non più contenuto dalle istituzioni segreganti, sia per le numerose richieste di formazione degli operatori.

Perché questo significativo sviluppo possa riuscire a mantenere livelli qualitativamente elevati e a conquistare maggior credito rispetto alla crescente diffusione del biologico, si avverte la necessità di una qualificata produzione scientifica sull'argomento.

Questa collana vuole rispondere a tale esigenza mediante:

- una trattazione organica e coerente della materia,
- scelte *qualitativamente adeguate*,
- il ritorno ad un preminente *orientamento clinico*,
- la possibilità di fare emergere *contributi innovativi* e di presentare le *ricerche più avanzate* nel settore.

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati
possono consultare il nostro sito Internet: www.francoangeli.it e iscriversi nella
homepage al servizio “Informatemi” per ricevere via e-mail le segnalazioni delle novità.

Francesco Canevelli

L'alleanza terapeutica con la famiglia

Criteria, procedures, stories

FrancoAngeli

PSICOTERAPIE

In copertina: *Legami familiari* © Iftikhar Alam
by Dreamstime.com

Isbn e-book: 9788835184928

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore.

Sono riservati i diritti per Text and Data Mining (TDM), AI training e tutte le tecnologie simili.

L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito www.francoangeli.it.

Alla mia famiglia.

*E a tutte le famiglie
che ho conosciuto.*

Indice

Introduzione. Fondamenti concettuali	pag. 9
Il costrutto dell'alleanza terapeutica	» 9
L'alleanza terapeutica nella storia dell'approccio sistemico-relazionale	» 12
Connessioni e "contaminazioni"	» 21
Alleanza ed "epigenesi" dei sistemi di relazione	» 29
L'alleanza terapeutica in un setting "multipersonale"	» 31
Struttura del libro	» 35
Ringraziamenti	» 39
1. Dalla richiesta di aiuto alla definizione del setting	» 41
Sicurezza e connessione emotiva	» 46
Scopo condiviso e coinvolgimento nel processo	» 51
Procedure di gestione della richiesta di aiuto	» 56
Le storie	» 59
2. L'avvio della terapia familiare	» 66
Gestione delle differenze e stili interattivi	» 67
Dallo stile interattivo alla definizione delle differenze	» 71
Le storie	» 76
Gli obiettivi della prima seduta e la costruzione dell'alleanza	» 81
Sicurezza e connessione emotiva	» 82

Scopo condiviso e coinvolgimento nel processo	pag. 87
Procedure di gestione	» 91
Le storie	» 93
3. Costruzione dell'alleanza e molteplicità del mondo familiare	» 102
Spiegazioni e ipotesi	» 102
Sicurezza e connessione emotiva	» 123
Scopo condiviso e coinvolgimento nel processo	» 127
Procedure per la gestione delle sedute	» 130
Le storie	» 135
4. Difficoltà nella costruzione, rotture, riparazioni dell'alleanza terapeutica con la famiglia	» 156
Sicurezza e connessione emotiva	» 157
Scopo condiviso e coinvolgimento nel processo	» 169
Le storie	» 181
5. L'alleanza terapeutica nella psicoterapia con la coppia	» 188
Dalla richiesta di terapia alla definizione degli obiettivi e del setting	» 189
Il processo terapeutico tra "sbilanciamenti" e "bilanciamenti"	» 198
L'esplorazione di modelli alternativi e lo "stress" dell'alleanza	» 203
Considerazioni conclusive	» 211
6. L'alleanza con la famiglia nella psicoterapia individuale con l'adolescente	» 213
Considerazioni generali	» 213
L'alleanza con la famiglia nella fase della richiesta di terapia	» 216
L'alleanza con la famiglia durante la terapia con l'adolescente	» 222
L'alleanza con la famiglia "rappresentata"	» 232
Bibliografia	» 239

Introduzione.

Fondamenti concettuali

Il costrutto dell'alleanza terapeutica

Il tema dell'alleanza tra terapeuta e paziente nell'ambito delle psicoterapie ha suscitato a partire dall'ultimo decennio del secolo scorso, e in modo ancor più rilevante nel primo ventennio di quello attuale, il crescente interesse dei clinici e dei ricercatori.

Di questo interesse sono testimonianza attiva le numerose pubblicazioni che pongono il costrutto dell'alleanza terapeutica al centro dell'attenzione del lavoro clinico con il singolo paziente e, al tempo stesso, come punto di riferimento indispensabile delle ricerche relative all'efficacia delle psicoterapie.

Il riferimento a una condizione di "alleanza" nel rapporto tra l'analista e il paziente è stato in qualche modo sempre presente all'interno del movimento psicoanalitico, pur se con alterne vicende e differenti posizioni. In particolare, nella psicoanalisi classica, il concetto di alleanza ha sempre dovuto fare i conti con quello del "transfert": il "bilancio" di questa contabilità è andato appunto incontro a diversi destini nelle concezioni e nelle produzioni dei diversi Autori. La riconsiderazione e la collocazione in primo piano di questo costrutto è stata poi fortemente incentivata e ha assunto una posizione centrale anche nel mondo psicoanalitico con il progressivo affermarsi del "modello relazionale" (Mitchell, 1988; Aron, 1966; Bromberg, 2011; Lingiardi *et al.*, 2011) che ha posto al centro dell'attenzione la co-costruzione della relazione terapeutica tra paziente e analista (Lingiardi, 2002).

Parallelamente, anche all'interno del cognitivismo è cresciuta la considerazione nei confronti della qualità della relazione che si stabilisce tra il terapeuta e il paziente. In particolare, il nuovo cognitivismo di stampo etologico-evoluzionista (Liotti, Monticelli, 2008; 2014) ha progressivamente sottolineato come l'attivazione del sistema motivazionale cooperativo

nell'ambito delle interazioni tra terapeuta e paziente rappresenti una qualità relazionale che predispone allo sviluppo delle capacità metacognitive del paziente. A questo proposito, sempre facendo riferimento alla teoria dei Sistemi Motivazionali Interpersonali (SMI), si sottolinea come il passaggio graduale tra la massima attivazione delle motivazioni legate al sistema dell'attaccamento/accudimento e/o a quella della competizione per il rango (agonismo) che sono caratteristiche della costitutiva asimmetria della relazione d'aiuto e l'instaurarsi di qualità interattive orientate alla pariteticità delle posizioni rappresenti l'obiettivo fondamentale del lavoro terapeutico fin dalle fasi del suo avvio (Ceccarelli, Monticelli, Liotti, 2014; Ceccarelli, 2024).

Quest'ultimo aspetto si connette poi, sia implicitamente che in modo dichiarato, con quello della necessità di una sintonizzazione tra gli stati mentali del terapeuta e quelli del paziente. Sono infatti le esperienze di sintonizzazione (e ancor di più quelle di mancata sintonizzazione) a permettere quella "decodifica" degli stati emotivi e degli agiti reciproci che vengono messi in atto fin dai primissimi scambi interattivi, che consentirà di procedere, per aggiustamenti, regolazioni, modulazioni successive a fare spazio alla comparsa di scambi cooperativi all'interno dello scenario relazionale.

Queste ultime osservazioni riconducono quindi al tema del rapporto tra il concetto di "alleanza", intesa come qualità emergente dello scambio interattivo terapeuta-paziente, e quello di "transfert" che fa invece riferimento all'insieme di attribuzioni proiettive, fantasmatiche che il paziente riversa sulla figura del terapeuta nonché con quello di controtransfert, sede degli identici reciproci movimenti che si attivano nel terapeuta. La linea di confine tra questi costrutti, tra queste fondamentali, contemporanee e reciproche modalità di esperire la relazione terapeutica, appare quindi necessariamente indefinita, sfumata e comporta ampie e non distinguibili aree di sovrapposizione.

Al tema dell'alleanza di lavoro, intesa come sostanziale "accordo" sulle ipotesi di fondo, sugli obiettivi della terapia e sulle modalità per conseguirli, si sovrappone infatti e si integra quello della necessaria sintonizzazione e modulazione delle attivazioni dei SMI e quello della indispensabile messa in gioco dei rispettivi "ruoli" e dei significati (personali e socialmente determinati) a essi connessi.

Emerge da queste considerazioni uno scenario complesso, frutto del reciproco embricarsi e integrarsi di vari livelli di concettualizzazione e di esperienza, nessuno dei quali è completamente isolabile dall'altro, se non in termini meramente descrittivi, ma il cui insieme, e solo l'insieme, è in grado di approssimarsi a una comprensione sufficientemente plausibile dei fenomeni interattivi e relazionali attivi nell'incontro terapeutico. Una posizione che si avvicina a rendere questa complessità è quella espressa da Safran e Muran (2000) che attribuiscono al realizzarsi di una condizione di alleanza nella

psicoterapia la qualità di un “processo negoziale”, definizione che sottolinea da un lato la dimensione della co-costruzione paritetica come necessaria premessa per poter parlare di “alleanza” e al cui interno è anche contenuto il significato di un “percorso” di realizzazione e di vari livelli e modalità di esperienza coinvolti.

Gli Autori sottolineano inoltre come sia proprio l’analisi di quello che accade nella relazione terapeutica in termini di sviluppo, rottura, riparazione dell’alleanza a costituire l’essenza del processo di cambiamento (Safran, Muran, 1996). Da questo punto di vista, quindi, sia il processo negoziale di costruzione dell’alleanza sia quello, altrettanto negoziale, della gestione delle esperienze di rottura in direzione di una riparazione rappresentano gli aspetti salienti del processo terapeutico. Il terapeuta è quindi chiamato a sviluppare una particolare sensibilità riguardo alla percezione dell’andamento della relazione terapeutica, è sollecitato a interventi di metacomunicazione su questo, deve essere disponibile a riconoscere il suo contributo rispetto alle eventuali rotture dell’alleanza o alle difficoltà della sua costruzione.

Accanto allo sviluppo dell’interesse sul tema dell’alleanza all’interno dell’approccio psicoanalitico e a quello del cognitivismo si è progressivamente creata una “corrente” trasversale che ha riguardato tutti gli approcci psicoterapeutici e che trae le sue origini da “sorgenti” comuni che possono essere identificate da un lato nei risultati delle ricerche sull’efficacia delle psicoterapie dall’altro nei cambiamenti culturali che non potevano non riguardare anche il modo di pensare al lavoro psicoterapeutico e ai ruoli a esso connessi (Bordin, 1975).

Il piano delle ricerche di efficacia, progressivamente cresciuto di importanza e di attenzione da parte di tutti gli approcci (anche questa è una sorta di rivoluzione nel campo delle psicoterapie che si erano sempre sottratte a questo tipo di confronto disdegnando la dimensione “positivista” che lo sottende) ha prodotto un effetto dirompente sulla “contesa” tra gli approcci assegnando la palma della maggiore rilevanza in termini di efficacia proprio agli aspetti aspecifici delle psicoterapie (Campbell, 1997; Sprenkle, Davis, Lebow, 2009; Norcross, Wampold, 2011; Wampold, 2015; Wampold, Imel, 2020).

L’impatto di questi dati, oltretutto concordi pur se naturalmente migliorabili in termini di procedure e analisi della casistica, si è accoppiato con i movimenti culturali propri del pensiero post-moderno e del costruzionismo sociale, che hanno messo al primo posto l’attenzione per la conversazione, l’interscambio sociale, il linguaggio, l’intersoggettività. Il cambiamento non è più guidato da principi cibernetici ma dal decostruzionismo capace di creare nuove cornici di senso all’esperienza umana in questione. Ne deriva una posizione critica nei confronti dell’autorità del terapeuta e la terapia di-

venta il luogo in cui si generano molteplici conversazioni capaci di portare alla revisione delle narrazioni dominanti su cui poggia l'identità dei clienti (Bertrando, Toffanetti, 2000). In questa prospettiva, la famiglia è vista come sistema sociale generativo, sono utili gli stati di disequilibrio e viene enfatizzata la dimensione "orizzontale" del rapporto terapeuta-paziente nonché la mutua costruzione del reale che nasce da questo incontro.

All'interno di questi mutamenti globali la produzione letteraria dominante è quella riferibile ai due approcci, la psicoanalisi e il cognitivismo, che, partendo da posizioni e concezioni molto diverse, hanno portato avanti con maggior ricchezza di contributi il tema dell'alleanza terapeutica.

L'alleanza terapeutica nella storia dell'approccio sistemico-relazionale

Occorre a questo punto chiedersi cosa è accaduto all'interno dell'approccio sistemico-relazionale (SR) e interrogarsi sulle implicazioni che l'attenzione nei confronti della qualità cooperativa della relazione terapeutica assume in quegli ambiti di lavoro in cui il setting è allargato a includere alcuni membri o l'intera famiglia del paziente o è rivolto alla coppia o, in ogni caso, è attento a considerare come riferimento e accompagnamento del lavoro terapeutico figure in qualche modo significative per il paziente.

È infatti evidente dall'esame della maggior parte dei contributi della letteratura, che il riferimento fondamentale in tema di alleanza terapeutica, con tutte le sfaccettature e le implicazioni di significato e di prassi che lo caratterizzano, sia rappresentato dalla considerazione di una relazione pressoché esclusivamente diadica.

Sono infatti riferiti a interazioni squisitamente diadiche i concetti guida che caratterizzano le posizioni assunte nel tempo dai diversi Autori all'interno di approcci che fanno dell'esperienza di un setting elettivamente diadico la prevalente o esclusiva dimensione del lavoro psicoterapeutico.

Nell'ambito della psicoanalisi, sia le concezioni più tradizionalmente legate alla dinamica del transfert e controtransfert, sia la cresciuta attenzione per il tema della "alleanza di lavoro" e della interazione "realistica" tra analista e paziente, sia le integrazioni tra questi due piani della relazione che si sono affermate attraverso la crescita del "paradigma relazionale" hanno in ogni caso per oggetto una dimensione invariabilmente diadica della relazione terapeutica.

Ugualmente, all'interno del cognitivismo, sia le accezioni maggiormente centrate sull'accordo riguardo alle mete da raggiungere in terapia e alle modalità da utilizzare per raggiungerle ("empirismo collaborativo")

(Beck), sia quelle ispirate all'evoluzionismo, alla teoria dei SMI e allo stabilirsi di più ampie condizioni di pariteticità e sintonizzazione tese al promuovere l'attivazione di interazioni cooperative tra terapeuta e paziente (Liotti, Ceccarelli) fanno riferimento in modo esclusivo ai setting diadici della psicoterapia.

Del resto, il bagaglio concettuale utilizzato sia dagli autori di matrice psicodinamica sia da quelli di orientamento cognitivista per descrivere gli accadimenti (e i vissuti) della relazione terapeutica si rivela idoneo a essere applicato all'esperienza della psicoterapia come incontro diadico, né potrebbe essere altrimenti dato che quel tipo di esperienza costituisce la matrice che ha dato vita e significato a quei concetti.

Il tentativo, ripetutamente messo in atto da diversi Autori, di trasferire tout-court gli stessi concetti a descrivere quanto invece accade in setting caratterizzati dalla dimensione almeno triadica, se non gruppale, del lavoro psicoterapeutico ha sortito esiti piuttosto deludenti e trasmesso l'impressione di un approssimativo "balbettamento".

Si tratta quindi di un limite con cui l'approccio SR si è dovuto confrontare fin dai suoi esordi e che ha attraversato fasi diverse all'interno del ciclo di vita e dello sviluppo che anche questo approccio, come gli altri, ha vissuto negli ultimi sessanta anni.

Del resto, uno dei principali elementi fondativi dell'approccio è stato proprio quello della critica all'impostazione esclusivamente diadica che era fino a quel momento storico l'unica dimensione considerata riguardo alla psicoterapia e l'allargamento del campo di osservazione, e di quello dell'intervento, all'intera famiglia. Questo tipo di posizione, che appunto rappresentava una rottura con le concezioni precedenti, nasceva dalla considerazione per il contesto come fondamentale matrice di significato per la comunicazione e l'esperienza umana. Nel contesto e non all'interno di ciascun individuo doveva essere individuata la chiave per la lettura, la comprensione, l'attribuzione di senso delle condizioni di disagio e di sofferenza.

Il centro dell'attenzione si spostava quindi sui meccanismi di comunicazione che caratterizzano l'ambiente in cui emerge il disagio, anche se espresso in forma individuale ed estrema rispetto al piano della "comprensibilità". Questa prospettiva poneva quindi in risalto gli aspetti "pragmatici" della comunicazione, considerati in termini di "input" e di "output" nonché in quelli di meccanismi di controllo e correzione retroattiva (feedback negativo). Il tema dei contenuti della comunicazione, della sua "elaborazione" all'interno del sistema "perturbato" dalla "informazione che fa differenza" venivano accantonati come appartenenti a una "scatola nera" non ispezionabile posta al di fuori dei fenomeni di interesse per l'osservatore che si manteneva in una posizione esterna rispetto al sistema osservato.

All'interno di questa visione, certamente nuova e anche apertamente in una posizione di forte discontinuità con le concezioni dominanti riguardo al setting delle psicoterapie, si registrava quindi una pressoché totale coincidenza tra le concezioni teoriche e la prassi del lavoro psicoterapico ("olismo sistemico"), in base alla quale la visione sistemica del contesto relazionale comportava la imprescindibilità della partecipazione alla psicoterapia quantomeno della famiglia nucleare, spesso anche di quella "allargata" del "paziente designato".

Il gruppo familiare, considerato nel suo insieme, come un tutto, veniva quindi a essere identificato come l'altro polo della relazione terapeutica, rispetto alla cui lettura veniva di fatto mantenuta una chiave sempre ancorata alle regole della comunicazione diadica, in cui all'individuo veniva sostituito il suo sistema familiare di appartenenza considerato come un "blocco unico" nell'interazione con il terapeuta, o, più spesso, con l'équipe terapeutica, anch'essa intesa come un'entità unica.

Il "sistema terapeutico" era quindi in quella fase distinto dal "sistema familiare" e si caratterizzava per la funzione di "agente perturbatore" rispetto ai meccanismi omeostatici della famiglia: la lettura di quanto avveniva in questa interazione si articolava quindi sulla base di un linguaggio cibernetico tipicamente diadico basato su "input e output" e sull'elaborazione di strategie idonee a forzare, o aggirare, le "resistenze" del sistema familiare al cambiamento.

All'interno di questa prospettiva che caratterizza la nascita e la prima fase della produzione scientifica e della prassi operativa del "movimento" SR (con alcune eccezioni che verranno successivamente considerate), il riferimento a una possibile "alleanza terapeutica" non trova una collocazione, se non all'interno di una sua connotazione meramente "strategica", tesa, come si accennava, a facilitare l'ingresso perturbatore del terapeuta all'interno del sistema familiare e ad aggirarne i meccanismi omeostatici di feedback negativo (una sorta di strategia del "cavallo di Troia").

È possibile da questo punto di vista avvicinare al concetto odierno di alleanza terapeutica almeno due delle "manovre" maggiormente utilizzate in quel periodo storico all'interno della prospettiva strategica che caratterizzava in modo prevalente l'approccio alla relazione terapeutica con la "famiglia in quanto sistema", considerata come un "tutto", come uno dei due poli della relazione stessa.

Il primo concetto cui si fa riferimento è quello relativo alle manovre di "associazione" (joining) alla famiglia che Salvador Minuchin propone come aspetto fondamentale del processo di "ingresso" del terapeuta all'interno del sistema familiare, indispensabile per svolgere dall'interno (ma mantenendosi al tempo stesso osservatore esterno) il suo compito di

perturbatore degli equilibri familiari, di differenza che produce differenze, di “cuneo” rispetto alla struttura familiare irrigidita (Minuchin, Fishman, 1981).

Il bisogno di associarsi alla famiglia deve coesistere per Minuchin con la necessità di mantenere la leadership del processo interattivo, anzi è in qualche modo la condizione indispensabile per ottenere il riconoscimento della funzione di “guida” propria del terapeuta. Non è quindi in discussione, nell’idea di associarsi alla famiglia, la redistribuzione del “potere”, il mantenimento del pieno controllo della relazione, aspetti che restano imprescindibili e rispetto ai quali il terapeuta dovrà assumere la leadership, che al tempo stesso “dovrà guadagnarsi” (Minuchin, 1981, p. 38). In questo senso, lo strumento fondamentale attraverso il quale il terapeuta conduce il suo graduale associarsi alla famiglia è rappresentato per Minuchin dall’uso del sé, aspetto che contribuisce a veicolare all’interno della relazione qualità di sostegno e di protezione, ma anche di aperta contestazione e opposizione alle “manovre disfunzionali” della famiglia.

In sintesi quindi, nell’approccio di Minuchin alla psicoterapia familiare “l’associazione è la colla che tiene insieme il sistema terapeutico” (Minuchin, 1981, p. 41).

L’altro fondamentale contributo della fase strategica dell’approccio SR, e quindi della psicoterapia congiunta della famiglia, è quello indicato da Mara Selvini Palazzoli e dai suoi collaboratori di quel periodo come “principio terapeutico basilare, che indichiamo col termine di connotazione positiva” (Selvini Palazzoli *et al.*, 1975).

Questo principio rappresenta l’elemento cardine degli interventi terapeutici realizzati dall’équipe della Selvini nella prospettiva controparadossale. È infatti la “manovra” che in primo luogo ha la funzione di “facilitare ai terapeuti l’accesso al modello sistemico” (Selvini Palazzoli *et al.*, 1975, p. 65). Torna quindi il tema, già considerato con Minuchin, della necessità per il terapeuta di “entrare” all’interno del sistema familiare con un atteggiamento di sostanziale conferma della sua tendenza omeostatica.

La seconda funzione della connotazione positiva è poi quella di aprire la strada all’intervento paradossale, costituendo di fatto la prima delle due ingiunzioni del controparadosso terapeutico (“non cambiate!”).

Infine, su un ulteriore piano, Mara Selvini e i suoi collaboratori affermano che la connotazione positiva risulta essere un intervento di fondamentale importanza per “definire chiaramente la relazione terapeutica e per definire il contesto come terapeutico” (Selvini Palazzoli *et al.*, 1975, p. 71).

Differenti impostazioni rispetto all’approccio “olistico” alla famiglia come un sistema considerato nella sua totalità più che nelle sue “parti” furono proposte nella stessa fase storica in particolare da due Autori che svilup-

parono diverse modalità di approcciare la famiglia e quindi di impostare la qualità della relazione con il sistema familiare e con i suoi membri.

In particolare, Murray Bowen, partendo dalla sua concezione basata sul concetto di “differenziazione” dell’individuo dalla “massa indifferenziata dell’io familiare” (Bowen, 1979), propone anche una differenziazione del setting di trattamento orientata a realizzare condizioni di “detriangolazione” del paziente designato per facilitare appunto il suo processo di graduale differenziazione.

Il terapeuta quindi, mantenendo un atteggiamento di pieno controllo del setting e la posizione “up” nella relazione, si propone come vertice di nuovi triangoli sia lavorando con i due genitori sostituendo in un certo senso il paziente designato nella dinamica triangolare, sia lavorando individualmente con il paziente e sollecitandolo a effettuare manovre di detriangolazione dalla famiglia d’origine.

Il tema dell’alleanza terapeutica viene in questo caso richiamato dal tentativo operato dal terapeuta di farsi riconoscere come “terzo” all’interno delle dinamiche triangolari con cui la famiglia, secondo la concezione di Bowen, gestisce la trasmissione dell’indifferenziazione e l’equilibrio della gestione degli scambi emotivamente significativi.

L’altra posizione almeno in una certa misura “dissonante” rispetto all’impostazione strategica di approccio al sistema familiare inteso come un tutto regolato da rigidi meccanismi omeostatici è quella di Carl Whitaker, che dichiara apertamente la sua avversione a qualunque impostazione di natura strategica e privilegia il contatto personale con tutti i membri della famiglia, con ognuno dei quali cerca di promuovere interazioni emotivamente significative, definendo in questo modo lo spazio della psicoterapia come caratterizzato fondamentalmente dall’esperienza dell’incontro umano e dalle risonanze che questa produce all’interno di ciascun partecipante e delle relazioni familiari (Napier, Whitaker, 1978; Whitaker, 1989).

Il terapeuta quindi “entra” nel sistema familiare attraverso la sua capacità di entrare in contatto con i temi “caldi” delle dinamiche generazionali e di stabilire legami significativi e autentici con ciascun membro della famiglia. Al tempo stesso, l’uso del sé del terapeuta deve essere accompagnato, nella visione whitakeriana, da una forte acquisizione di potere riguardo al controllo del setting e al mantenimento della centralità e dell’iniziativa nell’interazione con i partecipanti. I concetti di “battaglia per l’iniziativa” e di “battaglia per la struttura” descrivono la necessità per il terapeuta di operare sempre a partire da una posizione di assunzione di forte responsabilità rispetto alla struttura della psicoterapia e alla gestione delle sedute e, da questa posizione, potersi muovere in piena libertà nel contattare le individualità all’interno del sistema familiare sempre considerato nella sua coesione e totalità.

Si ripropone quindi, anche nell'impostazione originale e dichiaratamente "fuori dagli schemi" di Whitaker, la doppia necessità di "entrare" all'interno del sistema familiare essendo in qualche modo "accolti" per non provocare reazioni omeostatiche espulsive, ma al tempo stesso di mantenere una accentuata posizione di potere esterna al sistema stesso, al fine di prevenire reazioni omeostatiche inglobanti.

Il tema dell'alleanza terapeutica resta quindi sullo sfondo in questa fase storica ed è evocato soltanto in modo indiretto e allusivo in relazione alle modalità messe in atto dal terapeuta per "associarsi" alla famiglia e ai suoi membri e per esserne accolto in vista della formazione di un "sistema terapeutico". Manca completamente all'interno di questi riferimenti e possibili assonanze ogni richiamo alla qualità cooperativa della relazione e alla necessità della sua costruzione paritetica come premessa indispensabile per la realizzazione dell'alleanza sostanziale.

La maggiore difficoltà in questa direzione sembra essere rappresentata proprio dalla visione sistemica olistica, che, anche in quegli Autori che hanno dato maggior risalto alle posizioni individuali di ciascun membro della famiglia (e anche a diversificazioni del setting, come in Bowen), sembra aver portato i terapeuti familiari della "prima generazione" su posizioni distanti da quella che possiamo definire la ricerca della qualità cooperativa della relazione terapeutica. La principale preoccupazione era infatti quella di aggirare i meccanismi omeostatici del sistema familiare o di sfidarli apertamente attraverso la posizione cosiddetta "controparadossale". La relazione terapeutica era quindi caratterizzata dal mantenimento da parte del terapeuta di una posizione esterna al sistema familiare che diveniva nel suo insieme l'oggetto dello studio e delle strategie di intervento. L'ingresso del terapeuta all'interno del sistema stesso era motivato da finalità strategiche di aggiramento delle "resistenze". La qualità della relazione si manteneva necessariamente sbilanciata in merito al mantenimento e alla gestione del potere e del controllo.

Alla fine degli anni '70 e all'inizio degli anni '80 l'affermarsi delle teorie che facevano riferimento a una "seconda cibernetica" spostano l'attenzione fino a quel momento prevalente, se non esclusiva, dai meccanismi omeostatici a feedback negativo alle proprietà evolutive, "autopoietiche" dei sistemi viventi (Maturana, Varela, 1987). Inoltre, l'osservatore diviene anch'egli oggetto di osservazione e gradualmente l'enfasi si sposta sulla relazione osservante/osservato intesa come relazione co-evolutiva. Includere l'osservatore nell'osservazione porta a considerare il processo di costruzione dell'oggetto e quindi la scelta del punto di vista del soggetto. Ogni sistema è quindi parte di un sistema più ampio e ogni sua parte è a sua volta un sistema: è l'osservatore che, adottando un particolare punto di vista, stabilisce i confini e

le gerarchie e per questo motivo deve includere nell'osservazione anche il proprio punto di vista (Keeney, 1983).

A questi fondamentali mutamenti che riguardavano le premesse epistemologiche che informavano la prassi degli psicoterapeuti sistemici, e in una dinamica co-evolutiva con essi, si intrecciava, con il progredire delle esperienze cliniche, la segnalazione da un lato dell'incostanza e della labilità dei risultati terapeutici pur considerevoli ottenuti attraverso l'operare strategico e le tecniche controparadossali, dall'altro delle difficoltà spesso riscontrate nell'ottenere con continuità la partecipazione dell'intero sistema familiare ai percorsi terapeutici.

Oltre a questo, in quel periodo storico, l'istituzione dei servizi socio-sanitari territoriali sorti a superamento delle "istituzioni totali" fino a quel momento delegate alla gestione del disagio psichico, nonché il comparire di nuove modalità di organizzazione (e di regolamentazione giuridico-sociale) della vita familiare rendeva spesso problematico, se non del tutto inutilizzabile, l'approccio "olistico" al sistema familiare fino a quel momento adottato in modo pressoché esclusivo dai terapeuti a orientamento sistemico.

Ulteriore aspetto di criticità riguardo a quel tipo di approccio era rappresentato dalla, sia pur involontaria ma in qualche modo inevitabile, attribuzione di "responsabilità" al sistema familiare riguardo alla genesi del disagio in un suo membro. La "pazientificazione" della famiglia, espressa anche attraverso la rivisitazione della terminologia nosografica che veniva "allargata" a designare una specifica modalità di funzionamento di un sistema familiare portatore al suo interno di un membro sintomatico (es. la definizione a lungo in voga di "famiglia psicotica"), risultava a rischio di riproporre nuovamente scenari di colpevolizzazione, marginalizzazione, biasimo, impliciti, ma sempre ai confini dell'esplicitazione.

In questo scenario epistemologico, culturale, operativo iniziano quindi a comparire contributi e spunti che propongono aspetti divergenti dalle concezioni e dalle prassi fino ad allora consolidate.

In particolare, Mara Selvini Palazzoli e il suo gruppo pubblicano nel 1980 il famoso articolo *Ipotizzazione, circolarità, neutralità: tre direttive per la conduzione della seduta* (Selvini Palazzoli *et al.*, 1980). I due aspetti innovativi contenuti in questo articolo, che in ogni caso nasceva da esperienze di terapia ancora caratterizzati dal setting familiare congiunto, riguardano in primo luogo il processo di costruzione delle ipotesi da parte del terapeuta, processo che viene maggiormente individuato quale frutto delle interazioni circolari che il terapeuta attiva all'interno del sistema familiare, in un'ottica quindi che in qualche modo sembra anticipare il concetto di co-costruzione delle ipotesi di lavoro.

In secondo luogo, viene introdotta l'immagine della "neutralità" del te-

rapeuta che sembra costituire una prima correzione della posizione di “osservatore esterno” in direzione di una maggiore “partecipazione” dell’osservatore al campo osservato. In particolare, viene definita come “neutralità” la sommatoria degli sbilanciamenti che il terapeuta opera nell’interazione con ciascun membro del sistema: si delinea così una prima breccia nel muro della totalità sistemica, una sorta di primo, anche se ancora timido accesso alla “scatola nera” dei vissuti e delle posizioni individuali.

Anche l’equilibrio tra la produzione delle ipotesi nel momento della discussione di équipe, fino a quel momento “luogo” deputato all’elaborazione delle strategie e alla messa a punto degli interventi, e la loro co-costruzione nel “vivo” dell’interazione in seduta sembra iniziare a spostarsi in direzione di una maggior presenza e importanza di quest’ultima.

Successivamente, nel 1988, la rinnovata équipe di Mara Selvini pubblica il volume *I giochi psicotici nella famiglia* (Selvini Palazzoli *et al.*, 1988) che racchiude l’esperienza di lavoro terapeutico maturata negli ultimi anni attraverso l’adozione di nuove strategie, e anche di nuovi formati della terapia. La pubblicazione del libro introduce all’interno della prospettiva sistemico-relazionale dei rilevanti cambiamenti, sia dal punto di vista delle procedure di lavoro sia da quello delle ipotesi di lettura relative all’insorgenza delle manifestazioni di disagio in rapporto alle dinamiche relazionali attive nella famiglia.

Riguardo alle procedure, si assiste per la prima volta alla “rottura” della fino a quel momento inscindibile unità del trattamento rivolto sempre e comunque alla famiglia “congiunta”. Gli Autori descrivono e motivano la loro scelta di procedere alla convocazione, successiva alle fasi iniziali della terapia, dei soli genitori alla ricerca e sollecitando una “alleanza” con il livello genitoriale del sistema familiare. Il concetto della ricerca di un’alleanza entra quindi per la prima volta nel panorama degli obiettivi del terapeuta sistemico-relazionale in una accezione non meramente strategica, ma come autentica sollecitazione di una qualità cooperativa almeno con una parte del sistema.

Quest’ultimo aspetto è poi l’ulteriore elemento di forte innovazione sia procedurale che concettuale: il sistema familiare è composto da “parti” e da “soggetti” la cui rilevanza comincia a essere considerata in un gioco di “figura e sfondo” insieme a quella tradizionale del sistema familiare considerato come un “tutto”. Il “gioco” è fatto quindi di “danze” collettive, ma anche di “mosse” individuali la cui sottolineatura inizia ad avere pari dignità rispetto a quella del “movimento globale”. E, a questo proposito, l’ulteriore, potente fattore innovativo è rappresentato dalla considerazione per le dimensioni “dinamiche” delle relazioni familiari, quelle che vanno oltre l’attenzione per gli aspetti interattivi del “qui e ora” e si affacciano sull’esperienza

familiare complessiva, che riguarda la storia e gli intrecci tra le generazioni e le posizioni che ciascun membro della famiglia si è trovato ad assumere all'interno di una dimensione spazio-temporale allo stesso tempo trasversale e longitudinale.

Cambia anche la visione dello svolgersi temporale della psicoterapia sistemica e cambia la visione della qualità della relazione terapeuta-famiglia. Alla dimensione della “caccia” si aggiunge e con essa si integra quella “dell'allevamento”. La posizione strategica del terapeuta si connette con la necessaria attenzione ai tempi di maturazione dei processi di cambiamento, che sembrano necessitare, oltre che dell'attacco frontale al “potere patologico del sintomo” anche delle esperienze riparative che inseriscano gli “stalli” evolutivi della dinamica familiare in percorsi di sviluppo correttivi innescati dalla qualità vissuta nella relazione terapeutica e dagli “svelamenti” che si producono all'interno e grazie a essa.

Si inaugura quindi la stagione della possibile “destrutturazione” dell'olismo sistemico che si ingrana con la graduale affermazione del costruzionismo sociale come epistemologia di riferimento e con l'avvio di esperienze diversificate rispetto alla struttura del setting terapeutico, che diano maggiore spazio alla co-costruzione dei significati di un'esperienza condivisa e alla dimensione conversazionale dello scambio terapeutico.

Contemporaneamente a questi sviluppi, emblematicamente condensati nel lavoro di Mara Selvini e delle sue équipes, l'altro elemento di progressiva attenzione all'interno del movimento sistemico-relazionale è rappresentato fin dai primi anni '80 dalla considerazione per la “persona” del terapeuta in quanto “polo” della relazione in costruzione.

In particolare, Loredi, anche grazie alle sollecitazioni scaturite dai ripetuti incontri e dalle esperienze terapeutiche condivise con Carl Whitaker, propone l'immagine di una “terapia centrata sul terapeuta” (Loredi, 1978) come guida per una migliore comprensione di quanto accade nelle dinamiche familiari nonché come chiave di lettura per le vicende sollecitate dall'incontro tra terapeuta e famiglia e anche come strumento principe in direzione del cambiamento.

Questi due filoni, quello della riconsiderazione del sistema come un tutto, ma al tempo stesso come insieme di parti e di molteplici traiettorie evolutive, e quello della più attenta considerazione della figura del terapeuta come artefice paritetico (oltre che strategico) della costruzione della relazione di cura rappresenteranno le linee guida dell'ulteriore sviluppo dell'approccio SR a partire dagli anni '90.

In questi ultimi decenni infatti i diversi approcci alla psicoterapia sembrano gradualmente abbandonare i rigidi steccati fino a quel momento eretti, chi a tutela di supposte supremazie, chi per salvaguardare e dare rilievo al

patrimonio di tecniche acquisito, chi ancora per la necessità di definire i propri statuti concettuali e operativi. Si assiste quindi a fenomeni di maggior confronto, si evidenziano scenari di reciproca “contaminazione”, sia sul piano teorico che su quello delle procedure, si iniziano a privilegiare, sia nella prassi clinica che nei filoni di ricerca, gli aspetti comuni delle psicoterapie oltre a quelli specifici di ciascun approccio.

Connessioni e “contaminazioni”

All'interno del “movimento” SR cresce quindi l'interesse per riferimenti teorici che pur traendo la loro origine da diverse matrici epistemologiche appaiono tuttavia in grado di colmare apparenti o effettive lacune dell'impianto teorico fin a quel momento prevalentemente utilizzato dagli psicoterapeuti sistemici.

In questi processi di “contaminazione” sembra infatti emergere il bisogno innanzitutto di un definitivo superamento della visione personificata del sistema per un più pieno recupero della dimensione relazionale (Schepisi, Canevelli, 1995). A questa necessità, sempre più avvertita nel campo sistemico relazionale, si associa quella di una maggiore considerazione per la dimensione interiorizzata delle relazioni significative e quella, altrettanto sentita, di avere a disposizione una “mappa” per la descrizione, la definizione, la comprensione delle emozioni. Nell'insieme, quindi, emerge sempre più in primo piano il bisogno di tenere contemporaneamente presenti una molteplicità di aspetti che sono alla base di una visione multifattoriale della psicopatogenesi e che rimandano alla necessità di ipotizzare una altrettanto molteplice articolazione dei setting terapeutici.

È quindi all'interno di questa forte attenzione complessiva agli aspetti qualitativi delle relazioni, oltre che a quelli formali, che si fanno strada da un lato la ricerca di una molteplicità di riferimenti teorici dall'altro l'avvio di molteplici percorsi di articolazione dei setting di trattamento, primo tra tutti l'apertura, rivoluzionaria e per certi versi “scandalosa” al setting individuale all'interno di una prospettiva sistemico-relazionale e, in ogni caso, ad altre possibili differenziazioni dei formati della terapia diversi dalla classica impostazione della “terapia familiare congiunta” (Loriedo, Angiolari, De Francisci, 1989; Boscolo, Bertrando, 1996).

Non a caso, gli anni '90 si aprono, nell'ambito della letteratura italiana di impostazione SR, con la pubblicazione di un numero speciale della rivista *Terapia Familiare* dedicato a “Famiglia, Individuo, Scelte cliniche” (1989), che dà seguito al numero di analogo argomento già pubblicato nel 1985. Il numero del 1989 si apre con un'introduzione in cui Giovanni Liotti, in qua-

lità di “osservatore” esterno al campo dell’approccio sistemico, conclude il suo commento ai diversi articoli affermando:

Dunque, l’esperienza della terapia familiare ricondurrebbe allo studio della consapevolezza individuale e del significato, andando però al di là della tradizionale concezione intrapsichica ed energetica dei rapporti tra coscienza e inconscio, e proponendo invece l’idea che i significati di cui si può divenire consapevoli dipendono dal contesto in cui l’attività mentale si svolge (Liotti, 1989, p. 10).

I lavori contenuti all’interno di questo numero speciale, a firma di quasi tutti i più importanti Maestri della Terapia Familiare italiana, esprimono, per tornare a quanto commenta Liotti, “poche somiglianze e molte differenze tra le teorie”. Ma non altrettante differenze emergono, sempre secondo Liotti, nell’esame dei commenti ai casi clinici:

su un punto concreto tutti sembrano d’accordo: la considerazione dei punti di vista di più membri della famiglia del paziente, e se possibile l’osservazione diretta della comunicazione familiare, forniscono materiale prezioso per lo sviluppo della consapevolezza del singolo individuo in psicoterapia (Liotti, 1989, p. 10).

Quindi, attraverso il confronto tra somiglianze e differenze, ma con l’occhio sempre rivolto alle interazioni familiari, si apre una fase storica in cui, come si accennava, sul piano teorico si assiste alla ricerca di “mappe” che descrivano i territori “rappresentazionali” connessi con le relazioni primarie all’interno delle quali ciascun individuo sviluppa il suo senso di sé, il mondo dei significati che tiene insieme l’esperienza vissuta con la costruzione dei significati dell’esperienza stessa.

La teoria dell’attaccamento

Questa ricerca da parte dei terapeuti sistemico-relazionali si è rivolta in un’ampia percentuale dei casi alla Teoria dell’attaccamento individuata come particolarmente adatta a descrivere il “ponte” tra le più precoci e biologicamente preordinate esperienze di interazione del soggetto con l’ambiente relazionale e la costruzione di “immagini” mentali, di mondi rappresentazionali e narrativi che guidano lo strutturarsi della personalità dell’individuo. Una sorta di “ponte” quindi tra la matrice “etologica” della teoria dell’attaccamento (che non pochi problemi procurò a John Bowlby nell’ambito del movimento psicoanalitico), fortemente ancorata all’osservazione delle interazioni precoci tra il bambino e gli adulti di riferimento, e quella legata

alla comprensione delle dinamiche intrapsichiche che guidano lo sviluppo psicologico in direzione di strutture stabili di personalità (Loriedo, Picardi, 2000).

Al tempo stesso, insita e quasi connaturata con un certo modo di riferirsi alla teoria dell'attaccamento, si è manifestata la tentazione eziologica e classificatoria, che ha in alcuni casi comportato un uso distorto della ricchezza di aspetti presenti nella teoria bowlbiana e nei suoi sviluppi, in direzione della riproposizione dell'attenzione a patterns di interazione familiare disfunzionali piuttosto che alla molteplicità di rappresentazioni veicolate dall'esperienza delle relazioni familiari e soggette a una complessa organizzazione in direzione della costruzione di significati stabili e coerenti dell'esperienza di sviluppo.

In tempi più recenti, l'attenzione alla teoria dell'attaccamento da parte dei terapeuti sistemici si è in alcuni autori ampliata in direzione dell'interesse per la Teoria dei Sistemi Motivazionali Interpersonali (SMI), che Liotti ha elaborato arricchendo la teoria motivazionale di Bowlby e inserendola in uno scenario più ampio di matrice evoluzionista (Liotti, 1994; 2005).

Sono quindi evidenti le interconnessioni tra la crescente attenzione alla "dimensione relazionale" in campo cognitivista (processo peraltro contemporaneamente attivo nel campo psicoanalitico) e le tematiche proprie dell'ambito SR.

In questa prospettiva risulta di importanza fondamentale l'articolo *Regole e rappresentazioni della relazione. Un confronto tra prospettive cognitivo-evoluzioniste e relazionali* (Liotti, Ceccarelli, Chouhy, 1993), in cui gli Autori propongono una formalizzazione delle suddette interconnessioni, evidenziandone i due aspetti fondamentali: quelli relativi al legame tra l'osservazione delle dinamiche interattive familiari (le "regole" della relazione) e le teorie dello sviluppo individuale (le "rappresentazioni" della relazione) e quelli implicati con le procedure di lavoro nei diversi setting (individuale, di coppia, familiare).

Il costruzionismo sociale

Il secondo filone epistemologico che ha contribuito in modo decisivo alle trasformazioni sia del bagaglio teorico sia dell'atteggiamento clinico dei terapeuti sistemico-relazionali è quello riferito all'ambito costruttivista-costruzionista di matrice psicosociale.

Il confronto con l'impostazione costruttivista, che si afferma anch'essa negli anni '90, introduce all'interno dell'approccio sistemico-relazionale cambiamenti di posizione che risultano irreversibili. In linea con le acquisi-

zioni della seconda cibernetica, non è più sostenibile l'idea di un terapeuta unicamente "stratega" esterno al sistema osservato, che invece egli partecipa attivamente a costruire (Varela, 1979).

La conoscenza è quindi un processo di costruzione attiva della "realtà" da parte del soggetto conoscente e cade ogni distinzione tra conoscenza e intervento. L'attenzione quindi si sposta dal sistema osservato al sistema osservante, dal comportamento ai significati. Il principio guida per il terapeuta diventa quindi quello della autoriflessività, della attenta analisi delle "mappe" conoscitive che si attivano nell'interazione con quelle del paziente e/o del suo sistema riferimento per innescare possibili percorsi evolutivi.

La messa a fuoco dei propri "pregiudizi" rappresenta quindi per il terapeuta una necessità imprescindibile per mantenere aperta la conversazione con il paziente in direzione della co-costruzione di nuove narrazioni con valore evolutivo (Cecchin, Lane, Ray, 1992; Fruggeri, Matteini, 1992).

Le principali implicazioni per la psicoterapia sono rappresentate soprattutto dal relativismo culturale (la "diagnosi" è in qualche modo messa tra parentesi), dall'abbandono dell'idea del potere e del controllo esercitato dal terapeuta, dalla messa in discussione dei concetti di asimmetria e gerarchia riferiti alla relazione terapeutica: il terapeuta co-evolve con la famiglia nella costruzione di una realtà più "adattiva".

I rischi di una visione che, attraverso un'assunzione in senso radicale della posizione costruttivista, ripropongano uno schema dualistico soggetto-oggetto tramite la polarizzazione sul "mondo" dell'osservatore come prevalente o unico oggetto di analisi e di riflessione, è affidata al contributo del costruzionismo sociale che si configura come un'evoluzione correttiva del costruttivismo radicale (Fruggeri, 1998a).

Vengono quindi enfatizzati gli aspetti sociali della costruzione della realtà. Le aspettative, le credenze, i significati, i sentimenti si strutturano nell'intercambio sociale e sono ancorati ai contesti conversazionali cui il soggetto partecipa. Per il costruzionismo sociale è quindi sempre presente un doppio livello, quello della costruzione personale e quello della co-costruzione: il primo si riferisce ai processi simbolici, quindi ai significati che le persone attribuiscono a sé e agli altri, il secondo si riferisce ai processi di negoziazione dei significati stessi cui i soggetti in interazione tra loro danno corpo.

In questa prospettiva la posizione del terapeuta rispetto al Paziente/Famiglia è quella del "decentramento", cioè quella di interrogarsi sui significati che assumono per il paziente le posizioni che egli (terapeuta) mette in campo, quindi, in definitiva, quella di analizzare i propri comportamenti dal punto di vista del paziente.

L'obiettivo è quello di innescare continuamente all'interno della conversazione terapeutica processi di "descrizione doppia" (Bateson, 1979) che

tengano insieme le osservazioni sul mondo relazionale del paziente e quelle sulla relazione che si stabilisce tra paziente e terapeuta mentre essi comunicano sulle relazioni del paziente (Fruggeri, 1998b).

Il processo di rinnovamento dell'approccio SR si compie dunque nel corso degli ultimi decenni attraverso il processo di "contaminazione" con teorie che consentono di connettere l'osservazione e la descrizione delle interazioni familiari con le storie transgenerazionali delle famiglie stesse e le traiettorie dello sviluppo di ciascun individuo e di vera e propria assimilazione dell'approccio stesso all'interno del campo delle teorie del costruttivismo non radicale, e in particolare del costruzionismo sociale, che si pone come vera e propria cornice epistemologica di riferimento della nuova impostazione sistemico-relazionale. Questo nuovo posizionamento è peraltro condiviso anche dagli altri grandi approcci psicoterapeutici (psicoanalisi e neocognitivismo) che, ispirate dal pensiero post-moderno, compiono il medesimo tragitto evolutivo fino a realizzare quella condizione di "riduzione delle differenze", che pur nel rispetto delle specificità, portano al definitivo superamento degli steccati insormontabili che caratterizzavano il loro rapporto reciproco. Questo processo, ulteriormente sostenuto dalle già richiamate indicazioni scaturite dalle ricerche sui risultati e sull'efficacia delle psicoterapie, conduce oggi a un panorama in cui si realizza sia sul piano teorico che su quello delle prassi un "deficit di appartenenza" rispetto alle impostazioni classiche dei diversi approcci in direzione dell'assorbimento delle differenze "nell'ambito di una comune prospettiva, teorico e pratica, biopsicosociale della mente umana (Ceccarelli, 2018, p. 116).

Sviluppi dell'approccio SR

Sul piano delle procedure relative ai percorsi e ai setting della psicoterapia sistemico-relazionale questo graduale, ma complesso e soprattutto irreversibile processo di rinnovamento ha comportato come caratteristica fondamentale quella della "decostruzione" (Bertrando, Toffanetti, 2000a) di tutti gli aspetti che caratterizzavano l'unicità intoccabile dei "mostri sacri" dell'approccio, primo tra tutti quello dell'univocità del setting familiare congiunto.

Nel già richiamato numero speciale della rivista *Terapia Familiare* (1989) oltre al citato specifico contributo di Loredio, Angiolari e De Francisci dedicato alla "Terapia individuale sistemica" (TIS), tutti gli Autori chiamati a collaborare, oltre a proporre riflessioni teoriche in merito al legame famiglia-individuo, propongono esperienze di psicoterapia individuale da loro svolte con una prassi che già sembrava essere abituale, dopo che nel 1985 la stessa

Rivista aveva proposto un primo spazio di riflessione sullo stesso tema cui avevano partecipato quasi tutti gli stessi Autori.

Dalla fine degli anni '80 e, in modo dichiarato nelle pubblicazioni scientifiche, dall'inizio degli anni '90 la psicoterapia individuale entra quindi a far parte del bagaglio operativo dello psicoterapeuta SR e della produzione scientifica degli Autori che si riconoscono nel paradigma sistemico-relazionale (v. ad es. Boscolo, Bertrando, 1996).

Oltre a questo, la “decostruzione” del setting si manifesta anche attraverso l'attivazione di procedure che prevedono setting “misti” o molteplici contemporaneamente attivi nella conduzione dello stesso caso (Liotti, Farina, Rainone, 2005).

Anche di questo tipo di “operazioni” procedurali, che diventano sempre più abituali nel campo dell'operare SR, si hanno testimonianze sempre più numerose nella letteratura di riferimento.

Se si utilizza come riferimento il percorso evolutivo compiuto da Mara Selvini e dai suoi collaboratori che ne hanno raccolto l'eredità e hanno portato avanti i suoi insegnamenti, utilizzando in un certo senso questo percorso come “metafora” del cammino compiuto dalla Terapia Familiare italiana (Pontalti, 1989; Schepisi, Canevelli, 1995), possiamo seguire il graduale evolversi di procedure di lavoro sempre più “combinare” e adattate alle caratteristiche dei richiedenti piuttosto che a standard prestabiliti dall'équipe terapeutica.

A partire dalle prime proposte innovative sul piano del setting di trattamento contenute nel volume *I giochi psicotici nella famiglia* (Selvini Palazzoli et al., 1988) che presentava l'esperienza di convocazione dei soli genitori, la pubblicazione successiva, *Ragazze anoressiche e bulimiche* (Selvini et al., 1998), oltre a proporre un aspetto fortemente innovativo nel campo della letteratura SR quale quello del follow-up di un numero consistente di casi trattati dall'équipe negli anni precedenti, introduce fondamentali riflessioni, corredate dalla presentazione di specifiche esperienze cliniche, sull'adozione di diversi formati di terapia in differenti casi. I possibili formati proposti riguardano la quasi totalità delle possibili combinazioni rispetto alla presenza in seduta dei membri della famiglia: dalla classica “formazione” congiunta, a quella della coppia genitoriale con il figlio paziente designato, a quella della madre con il paziente, della sola madre, del solo paziente. Perplexità vengono segnalate riguardo al lavoro con il solo padre o con la sola coppia genitoriale. Il criterio guida che gli Autori indicano come decisivo in questa fase della loro esperienza è rappresentato in modo prioritario dall'atteggiamento più o meno collaborativo mostrato dalle diverse figure familiari rispetto al programma di trattamento.

La dimensione della collaboratività entra quindi in maniera dichiarata tra i criteri di valutazione dello psicoterapeuta SR a partire da un bagaglio

teorico-pratico tutto centrato sulla dimensione delle “resistenze” e della sfida del terapeuta al loro superamento o aggiramento.

Il passo successivo in questa direzione è poi compiuto dai successori di Mara Selvini che nel volume *Entrare in Terapia* (Cirillo, Selvini, Sorrentino, 2016) segnalano la necessità di differenziare setting e tipo di percorsi psicoterapeutici in funzione di una più ampia serie di variabili da considerare (le “sette porte” della terapia sistemica) fin dal primo contatto con il “sistema richiedente”, attribuendo particolare enfasi in direzione di questa scelta non solo alla dimensione della collaboratività, peraltro ribadita, ma anche alla qualità della richiesta, al suo contenuto e ai diversi contesti da esso attivati, ai diversi aspetti diagnostici (sistemici, sintomatologici, di personalità), alla lettura dello stile di attaccamento e (ultimo, ma non meno importante) alla qualità del coinvolgimento emotivo sollecitato dalla situazione nel terapeuta.

Le caratteristiche del percorso di cura, sia nei suoi aspetti strutturali che riguardo ai temi salienti da affrontare, sono sempre più “confezionate” in relazione al “mondo” del paziente piuttosto che in base alle “premesse” (teoriche e operative) del terapeuta. La famiglia è considerata in quanto sede delle possibili risorse in direzione della maggior efficacia della terapia piuttosto che come “origine” (se non espressamente “causa”) delle difficoltà del paziente e delle sue eventuali manifestazioni psicopatologiche. Quest’ultimo aspetto non scompare certo dal panorama delle attenzioni e delle valutazioni dello psicoterapeuta SR (come anche di quelli di altri approcci), ma viene indirizzato in direzione della più attenta considerazione delle dinamiche evolutive che hanno accompagnato lo sviluppo di ciascun membro della famiglia (e del paziente in primis) e utilizzato nella ricerca di possibili risorse in funzione di uno “sblocco” evolutivo.

Ma, in particolare, l’attenzione viene rivolta in modo massiccio e preponderante all’aspetto dell’esperienza umana che fonda il senso stesso della dimensione “clinica”: quella per certi versi semplice e immediata per altri complessa e controversa che conduce alla nascita della relazione d’aiuto, nella sua doppia, inscindibile dimensione del bisogno e dell’offerta.

In quest’ultimo volume quindi la ricerca delle condizioni di “collaboratività” dei membri della famiglia come elemento chiave per l’articolazione del setting di trattamento si evolve in una più complessiva considerazione di una molteplicità di aspetti facenti parte della “realtà” del paziente e della contemporanea valorizzazione delle “differenze” che l’incontro con questi aspetti introduce nella “realtà” del terapeuta.

Si creano quindi le premesse per un incontro dialogico in cui le due “realità” non sono esclusivamente frutto di una reciproca costruzione secondo un’accezione costruzionistica “ingenua”, ma costituiscono le condizioni e al

tempo stesso i “limiti” dell’incontro stesso in linea con una concezione che tiene conto di dati di realtà che restano al di fuori della disponibilità negoziale dei due contraenti, ma che costituiscono le premesse indispensabili per la possibilità stessa di un loro dialogo (Bertrando, 2014).

Questo ulteriore livello di complessità, che cerca di “tenere insieme” anche i limiti non negoziabili nella co-costruzione della realtà nella relazione di cura (quelli ad esempio legati alle definizioni, sempre costruite socialmente, ma difficilmente assoggettabili alla “libera” costruzione negoziale, della diagnosi nosografica delle manifestazioni psicopatologiche di un paziente che sarà pure “designato” ma è anche sofferente e fonte di preoccupazione e di allarme per il contesto di appartenenza, o alla presenza di altri interventi terapeutici quale quello farmacologico) va quindi oltre la concezione sia narrativa (White, 1992) che conversazionale (Anderson, Goolishian, 1998) dell’incontro terapeutico.

La premessa resta quella della fondamentale condizione di pariteticità, della dimensione orizzontale che caratterizza la posizione del terapeuta e quella del paziente in una relazione connotata dalla necessità di costruirsi attraverso uno scambio negoziale. Ma questa condizione non avviene a scapito di una “perdita di autorità” da parte del terapeuta, di una “rinuncia” alle sue competenze o alle possibilità di fornire “indicazioni” al paziente. La considerazione per i limiti, in un certo senso “naturali”, che caratterizzano la nascita della relazione di cura è quella che permette, unitamente alla attribuzione di valore paritetico alle due “realtà” di partenza, l’attivazione di quel dialogo negoziale che rappresenta la premessa per la possibilità di accedere a una qualità collaborativa nella relazione terapeutica.

Questa è infatti la qualità fondamentale che Safran e Muran (2000) attribuiscono nella loro concezione del costruito dell’alleanza terapeutica: quella di una graduale, progressiva costruzione fondata sul riconoscimento dell’aspetto negoziale che tiene insieme e permette l’incontro di due “realtà” precostituite che stabiliscono tra di loro un rapporto paritetico nel riconoscimento delle rispettive differenze.

Occorre quindi tornare a quanto si sottolineava nella premessa di questa trattazione. L’attenzione e la tensione verso il realizzarsi di qualità cooperative all’interno di una relazione, come quella di aiuto, che nasce sulla base di una marcata asimmetria di bisogni, di aspettative, in genere di “premesse”, e che comporta la contemporanea, complessa attivazione di diversi registri motivazionali (attaccamento, accudimento, agonismo, sessualità) passano attraverso il riconoscimento della condizione di pariteticità tra i due “mondi” in interazione tra loro (Ceccarelli, Monticelli, Liotti, 2014).

Alleanza ed “epigenesi” dei sistemi di relazione

La storia del movimento sistemico fin qui presa in esame, i riferimenti teorici, le scelte procedurali segnalano come anche al suo interno si sia realizzato lo stesso percorso evolutivo degli altri grandi approcci psicoterapeutici in direzione di una concezione condivisa delle caratteristiche della relazione di cura e del suo graduale trasformarsi in relazione di alleanza terapeutica.

In particolare, nell’ambito dei riferimenti teorici propri dell’approccio sistemico-relazionale questa concezione è ampiamente riconoscibile nel lavoro di Lyman Wynne sull’epigenesi dei sistemi di relazione, il cui concetto centrale è quello di un processo evolutivo che guida l’acquisizione delle competenze relazionali di un soggetto fino alla capacità di sperimentarsi all’interno della dimensione dell’intimità, che richiama appunto quella esperienza di pariteticità che nasce dalle prime interazioni cooperative e si sviluppa nel senso di sé e dell’altro nella dimensione gruppale (Wynne, 1984; 2012).

Il concetto di epigenesi, quindi la necessità che i sistemi di relazione, a partire dalla spinta di premesse innate geneticamente determinate, debbano subire un processo evolutivo per esplicitarsi e realizzarsi in tutti i loro aspetti a partire da una condizione di “potenzialità” (o appunto di “premessa” del comportamento interattivo) ci riporta alle considerazioni sulla realizzazione dell’alleanza terapeutica in una prospettiva di costruzione negoziale.

Anche per quanto riguarda l’alleanza terapeutica infatti la relazione tra i contraenti muove le sue premesse da condizioni del tutto diverse rispetto a quelle della motivazione cooperativa.

Come infatti afferma Wynne:

i processi relazionali devono essere ripetuti epigeneticamente nel corso della vita, all’interno della strutturazione di ogni nuova relazione significativa, a un ritmo che dipenderà dall’esperienza passata di ciascuno e dall’adattamento che può nuovamente svilupparsi. Questa sequenza è messa in moto con ogni nuovo rapporto di attaccamento/custodia e viene rielaborata in occasione dei cambiamenti che avvengono nel ciclo vitale (Wynne, 2012, p. 182).

In ogni nuova relazione significativa, quindi, si ripercorre il “processo di relazione” che riconosce come primo stadio evolutivo quello del rapporto “attaccamento/custodia” e una seconda fase caratterizzata dallo stabilirsi di processi di “comunicazione” man mano più articolati e complessi che procedono nella direzione della costruzione di una “realtà sociale condivisa”. Questi processi comportano anche la possibilità di confrontarsi con elementi conflittuali nelle relazioni e sono alla base della possibilità di apprendere “codici comunicativi condivisi”, della capacità di operare “processi di sim-

bolizzazione” e di usare il linguaggio. In questo senso, secondo Wynne, rappresentano i precursori del consolidamento del senso di identità che costituirà il “compito evolutivo fondamentale dell’adolescenza”

Gli ulteriori processi che Wynne individua nello sviluppo epigenetico dei sistemi di relazione sono descritti in termini di “soluzione congiunta di un problema” e di “mutualità”, dimensioni che predispongono l’individuo a sperimentare nelle relazioni significative la dimensione dell’intimità.

In linea con la concezione epigenetica di Wynne, ma anche con la prospettiva evoluzionistica ed evolutiva connessa con la teoria dei sistemi motivazionali e, non da ultimo, con l’attribuzione della qualità negoziale che Safran e Muran individuano nella costruzione dell’alleanza terapeutica, possiamo allora riferirci a questo costrutto in termini di un divenire che, come per ogni relazione significativa, ripercorre e ripropone tutte le tappe fondamentali dei processi di sviluppo.

Ogni relazione terapeutica nasce ai suoi esordi come fortemente connotata dalla dimensione dell’attaccamento/custodia (per utilizzare la terminologia di Wynne) che rappresenta il primo spunto costruttivo della relazione stessa, ma al tempo stesso il primo nodo che, in relazione ai diversi “stili” che emergeranno dall’incontro di due storie “epigenetiche” (quella del paziente e quella del terapeuta), dovranno essere “sciolti” con diverse possibili difficoltà e determinando diverse possibili risorse, o ostacoli, allo sviluppo della relazione.

Da questa prima, ineluttabile fase, potranno svilupparsi diversi sistemi di comunicazione che costituiranno il cuore dello scambio negoziale teso innanzitutto alla verifica e quindi alla graduale costruzione di significati condivisi della realtà comune che si va costruendo fino allo sviluppo di un “linguaggio” fatto di codici reciprocamente riconoscibili.

È dal superamento di queste fasi, con tutte le vicende che possono essere a esse connesse, che dipenderà la possibilità di accedere alla dimensione della “soluzione congiunta dei problemi” (alleanza di lavoro) come ipotesi plausibile del senso di quella relazione con quelle caratteristiche e quei limiti e quindi alla più complessa esperienza della mutualità come caratteristica fondativa dell’alleanza intesa sia nel senso della cooperazione in direzione di obiettivi comuni sia nell’accezione di più complessa esperienza di sintonizzazioni e risintonizzazioni.

In questa prospettiva, trova quindi un suo legittimo spazio l’attribuzione alla relazione terapeutica della valenza di esperienza di intimità all’interno di una relazione significativa, che trova il suo senso e la sua ragione proprio all’interno del processo evolutivo che l’ha progressivamente costruita.

Interrogarsi sulla qualità di una relazione terapeutica e sulla sua potenziale evoluzione in direzione della dimensione dell’alleanza significa quindi