

**Centro per lo studio della famiglia e delle  
tecniche di gruppo**

# Il Transfert nella co- terapia intensiva della famiglia

***Severino Rusconi - Mara Selvini Palazzoli, Milano***

Esprimiamo il nostro ringraziamento ai membri dell'equipe: Luigi BOSCOLO, Gabriele CHISTONI, Simona FERRARESI TACCANI.

La psicoterapia della famiglia ha al suo attivo allo estero, e soprattutto negli Stati Uniti, una lunga storia ormai pressoché ventennale, una serie di scuole e di istituti di ricerca con svariati indirizzi concettuali, tecnici, e sperimentali, ed una bibliografia vastissima rappresentata in centinaia di saggi ed in decine di volumi. Di questi ultimi, alcuni sono stati tradotti in italiano, altri sono in corso di traduzione. Per non dilungarci oltre lo spazio consentito, dobbiamo rimandare, per quanto riguarda la storia del movimento, i principi generali, gli scopi e le tecniche di questa modalità terapeutica, all'indice bibliografico in appendice a questo nostro scritto. Ci limiteremo soltanto ad accennare che la terapia familiare non è una panacea psichiatrica, e neppure soltanto una valida aggiunta al repertorio terapeutico di cui disponiamo, ma una concezione

terapeutica **diversa**. « Il concetto di terapia si sposta cioè dallo sforzo di cambiare la percezione, la affettività o il comportamento del paziente individuale al tentativo di cambiare le sequenze di comportamento entro un gruppo di persone **già** intrinsecamente collegate. Con tale spostamento è anche divenuto chiaro che sia la tradizionale psicoterapia individuale che i gruppi così detti ad hoc non hanno alcun rapporto con gli scopi e le tecniche della terapia familiare. Il problema è di cambiare la situazione vitale, di fatto, di una persona, non di isolarla da quella situazione per tentare di cambiarla » (Haley).

Tuttavia, come giustamente rileva John E. Belin, benché il trattamento del gruppo familiare miri al benessere dell'intera famiglia, esso induce secondariamente effetti importanti sugli individui che la compongono. Infatti, sia il gruppo che l'individuo sono sistemi aperti correlati. Il considerare l'uno o l'altro come indipendenti è un artificio euristico che ci impone limitazioni di cui dobbiamo tener conto. Culturalmente siamo invece così prevenuti in favore dell'individuo da aver finito per ignorare che la psicoterapia individuale poteva essere una scelta arbitraria quanto qualsiasi altra scelta, come poteva essere un pregiudizio il considerare l'individuo un sistema chiuso. Ci eravamo cioè sforzati di ignorare di aver adottato una certa ideologia. Lavorando in psicoterapia familiare ci si rende più facilmente conto della arbitrarietà delle nostre distinzioni tra il gruppo familiare e gli individui che lo costituiscono. Si veda quale esempio probante l'indicazione di base per la terapia familiare proposta da Lyman Wynne. La terapia familiare è indicata a chiarire e risolvere qualunque « difficoltà di rapporto » strutturata all'interno della famiglia. Col termine « difficoltà di rapporto » si intendono quei problemi dello schema transazionale e dell'interazione reciproca che sorgono tra i membri della coppia o della famiglia, e ai quali tutti, collusivamente o apertamente, contribuiscono.

In linea generale, la terapia familiare andrebbe pre-

sa in considerazione per il trattamento dei problemi relazionali che coinvolgono tutti i partecipanti in modo vitale e continuo, a livello sia conscio che inconscio.

Quanto alle modalità di trattamento, non pochi psicoterapeuti, (taluni famosi, quali Ackermann e Bowen) conducono da soli le psicoterapie familiari. Altri, più numerosi, lavorano in co-terapia, impiegando possibilmente una coppia di co-terapeuti di sesso diverso. Nel nostro lavoro con le famiglie, iniziato nella primavera del 1967, ci siamo attenuti a questa seconda modalità per vari motivi. Innanzi tutto eravamo già abituati a lavorare in coppia da alcuni anni, come co-leaders di gruppi di discussione di casistica psichiatrica. Per due anni avevamo anche lavorato come co-leaders in un gruppo alla Balint per medici internisti. Ciò ci aveva permesso di « metabolizzare » le difficoltà più grossolane che si erano manifestate nel nostro rapporto (paura reciproca, competitività, scissioni e ostilità indotte fra noi dai fenomeni di gruppo, ecc.). Inoltre, alcuni tentativi singolarmente fatti in un periodo precedente con famiglie che sembravano presentare l'indicazione per un trattamento globale avevano portato il singolo terapeuta al fallimento a causa di più o meno rapidi e intricati coinvolgimenti nel sistema di funzionamento familiare.

L'introdurre nella situazione familiare una coppia di co-terapeuti di sesso diverso, come coppia relativamente matura e collaborante in modo adulto, la quale attivi e lavori precipuamente sull'hic et nunc e sui movimenti transferali e controtransferali, facilita, a nostro avviso, l'evidenziamento di molte posizioni e difese profonde le quali, una volta divenute coscienti nei vari membri del gruppo, comportano la rottura del sistema omeostatico. Si danno, infatti, tipi di omeostasi familiare rigida, organizzata in sotto-sistemi diadici fissi, a nostro avviso difficilmente chiarificabili e modificabili da un terapeuta solo. Costui, infatti, diviene inevitabilmente unico oggetto di una serie complicatissima di proiezioni transferali e, parallelamente, di rea-

zioni controtransferali, assai difficili da discernere e da chiarire. Mentre la coppia terapeutica, come si vedrà, anche se introduce nella situazione difficoltà di altro genere, permette proiezioni profonde più differenziate, e un gioco interattivo relativamente meglio specificabile.

Riguardo alla nostra metodica di lavoro con le famiglie, pensiamo di poterci collocare, fra i vari indirizzi del momento, nel gruppo dei così detti « reactors analysts ». Beels e Berber in una recente revisione critica, hanno infatti distinto i terapeuti della famiglia in tre gruppi, designando ciascuno di questi con un termine che ne caratterizza sinteticamente lo spirito e lo stile di lavoro:

i « conductors » o conduttori, i « system purists » o puristi del sistema, ed i « reactors analysts », designazione difficilmente traducibile, ma comunque corrispondente nel significato a psicoanalisti reattivi.

I « conductors », del tipo Ackermann e Salir, lavorano singolarmente, in modo rapido e attivo, alla modificazione del sistema di funzionamento familiare, specie in casi di crisi acuta, ponendo sé stessi al centro della situazione come catalizzatori di una comunicazione aperta e senza ipocrisie. Essi usano precipuamente di sé stessi, della forza della propria personalità, e sono anche convinti assertori della validità della propria Weltanschauung e della propria scala di valori.

I « system purists », in maggioranza, ad eccezione di Jay Haley, del gruppo di Palo Alto, s'occupano esclusivamente del sistema di funzionamento familiare, cioè della modalità comunicativa, verbale e non verbale dei partecipanti, specie per quanto riguarda gli aspetti prammatici della comunicazione. Concepiscono cioè la interazione umana come un gioco di scacchi. Benché la spiegazione **storica** della posizione dei pezzi, a un dato momento del gioco, possa essere ottenuta ricostruendo le mosse fatte fin dall'inizio dai giocatori, i problemi cruciali al momento dell'osservazione sono: qual è il rapporto dei pezzi fra loro? quali sono le **regole**

che governano i giocatori? quale sarà la prossima mossa? Il terapeuta è la persona a cui i membri della famiglia si presentano con un sistema di comunicazione « inchiodato » indefinitivamente in un circolo chiuso. Egli deve intervenire per chiarire e cambiare le regole che imprigionano inconsapevolmente i partecipanti.

I « reactors analysts » si distinguono per una terminologia e un interesse più prossimi alla tradizione della terapia psicoanalitica, e sono, come indica il termine stesso, più reattivi che attivi nella condotta terapeutica. Pur utilizzando largamente la chiarificazione delle modalità comunicative, verbali e non verbali, essi tengono presenti, anche se li interpretano raramente o tardivamente, i moventi dinamici profondi dei singoli e del gruppo. E' a motivo della nostra affinità con tale gruppo di terapeuti che in questo scritto possiamo parlare di transfert e di eventuali interpretazioni di transfert, la cui opportunità ed efficacia è invece recisamente negata dai puristi del sistema. Aggiungiamo che questa nostra affinità non ci sembra dettata puramente da criteri metodologici, o dal nostro essere giunti alla terapia familiare imbevuti di forma mentis psicoanalitica. (Benché ciò sia molto importante, e ci sia stato talvolta d'impaccio. Infatti, specie agli inizi, ci ritrovammo nostro malgrado più tesi a indovinare certe dinamiche psico-emotive, che non ad osservare e a far osservare le più indicative ridondanze comportamentali). Pensiamo piuttosto alla priorità che noi continuiamo ad attribuire ai moventi profondi e inconsapevoli delle relazioni interumane, quali si esprimono appunto, e squisitamente, nel transfert.

Si deve tuttavia tener presente che il fenomeno del transfert nella psicoterapia intensiva della famiglia è infinitamente più complesso che nella analisi individuale. Come si può intuire, e come si potrà facilmente dedurre dalla nostra esposizione, ci troviamo in presenza non solo di transfert individuali operati dai vari membri del gruppo, ma anche di transfert di gruppo operati precipuamente

a vantaggio della difesa del sistema di funzionamento familiare precostituito. La famiglia, a differenza del gruppo ad hoc, giunge infatti alla terapia con un suo proprio, già ben strutturato, sistema di funzionamento che le consente di affrontare gli **estranei** in maniera compatta, in posizione di forza. Transfert personali e transfert di famiglia vengono quindi a sovrapporsi e ad accavallarsi. I modelli cui siamo abituati vengono rivoluzionati in quanto siamo in presenza di transfert di un gruppo già strutturato. In sistemi fortemente omeostatici, inoltre, le difese dal rapporto con noi terapisti, o con uno di noi, possono essere operate, sul filo del transfert, dai vari membri della famiglia a turno, in « favore » del membro pericolante, qualora lo svilupparsi di un intenso rapporto terapeutico sembri minacciare il mantenimento dello status quo familiare. Anche se abbiamo avuto finora una prevalente esperienza con coppie, nelle famiglie che abbiamo trattato, e che presentavano pazienti gravi (psicotici, caratteropatici inaccessibili al trattamento individuale) il transfert della famiglia è stato il più importante, quello che più bisognava mantenere a fuoco per il pericolo imminente di rifiuto o di rottura di terapia.

Allorché iniziammo il nostro lavoro come coppia unica, senza il sostegno né di osservatori né di una équipe già costituita, dovvemmo affrontare notevoli angoscio e difficoltà, la cui sola enumerazione ci porterebbe qui fuori tema. Tuttavia, come si vedrà, il nostro avvio del tutto pionieristico, e in un ambiente culturale totalmente impreparato al nostro esperimento, ci permise alcune osservazioni originali. Esse ci sembrano meritevoli di esposizione proprio per i loro rapporti coi problemi del transfert.

Allorché si conduce la psicoterapia familiare in coppia accade talvolta che uno dei co-terapeuti, per motivi contingenti, sia impossibilitato a inter-

venire a una seduta. Nelle istituzioni straniere che praticano questo tipo di terapia, si è sperimentata la introduzione del « visiting therapist»; un altro membro dell'equipe prende il posto del terapeuta assente e partecipa alla seduta in modo solitamente silenzioso e neutrale, non intervenendo attivamente nelle transazioni, ma limitandosi per lo più ad una attenta registrazione dei fenomeni. Con la istituzione del « visiting therapist » ci si rese conto che questi, anche se all'oscuro di ogni dato su quella famiglia e sui suoi problemi, anzi, proprio per non essere coinvolto nella situazione come i terapeuti abituali, poteva rilevare molti fenomeni che erano sfuggiti ai terapeuti stessi, particolarmente i fenomeni transferali e controtransferali. Nel caso nostro, isolati com'eravamo, a causa della singolarità della nostra esperienza nell'ambito professionale, ci era impossibile prendere in considerazione lo strumento del visiting therapist. Durante i primi mesi del nostro lavoro cancellavamo perciò le sedute nel caso che uno di noi fosse impossibilitato ad intervenire. Ciò era suggerito principalmente dalla nostra insicurezza: l'isolamento e la angoscia ci avevano spinti a costituirci come coppia simbiotica, la cui separazione ci minacciava con fantasmi di catastrofe. Superato questo stadio con una serie di errori e di prese di coscienza, divenimmo sicuri di noi stessi abbastanza da decidere un cambiamento di rotta. Decidemmo cioè che, nel caso dell'assenza fortuita di uno di noi, l'altro avrebbe condotto la seduta da solo, registrandola come di regola, per consentirne poi lo ascolto al terapeuta assente. Prevedevamo, a giusto titolo, che ciò ci avrebbe permesso di osservare fenomeni sin'allora insospettati e importanti.

Nelle fasi iniziali della terapia l'assenza di un co-terapeuta, comunicata brevemente dall'altro allo inizio di seduta, non veniva ne rilevata ne com-

mentala da alcuno dei partecipanti. Ciò sembra costituire un indice evidente dell'assenza di qualsiasi relazione profonda, personale e differenziata dei membri della famiglia con noi. Tuttavia, è necessario fare qui una precisazione importante.

Con quelle famiglie, si era ripetuta una particolare modalità d'invio: data l'assenza di enti o colleghi collaboranti e invianti alla terapia, i colloqui esplorativi iniziali, l'accertamento dell'indicazione, e lo invio alla terapia familiare erano stati fatti dalla co-terapeuta donna. Tale premessa aveva personalizzato tutta quanta la situazione, per cui la co-terapeuta donna veniva inevitabilmente vissuta come il terapeuta più importante. (Il che ci procurò non poche difficoltà, come vedremo, nel prosieguo della terapia). Il fatto che con quelle famiglie, per circostanze contingenti, mancasse episodicamente alle sedute il terapeuta uomo, non poteva che evidenziare lo squilibrio di base determinato dalla personalizzazione dell'invio in terapia. L'assenza dalle sedute della co-terapeuta donna non ebbe infatti mai occasione di verificarsi in quel periodo.

L'inconveniente è stato recentemente eliminato mediante la spersonalizzazione dell'invio alla terapia. Le famiglie richiedenti, motivate da Enti o da altri colleghi, presentano domanda scritta al CENTRO PER LO STUDIO DELLA FAMIGLIA, ed incontrano nei colloqui esplorativi entrambi i membri della coppia disponibili per una eventuale decisione terapeutica.

Allorché, col proseguimento della terapia (3°-4° mese) cominciava a delinarsi una relazione personale coi terapeuti, l'assenza casuale sia dello uno che dell'altro dei terapeuti veniva fortemente accusata e provocava una serie di fenomeni. Il primo movimento era solitamente di infantile curiosità: si cercava di sapere dal terapeuta presente quale motivo tenesse lontano dalla seduta, e si esprimevano fantasie e interpretazioni personali del



motivo stesso, quanto mai indicative dal punto di vista transferale.

Commenti per l'assenza del terapeuta-uomo: « E' certamente andato a un Congresso: ce ne sono molti in questo periodo ». « Non è venuto perché si annoia, è stufo di noi: dei rompiscatole che dicono sempre le stesse cose ». « Avrò trovato un'occasione per guadagnare più quattrini: dev'essere uno che ci tiene ».

Commenti per l'assenza della terapeuta-donna (da parte di una moglie...).

« Che starà facendo in questo momento la dottoressa? Io vorrei proprio che stesse pensando alla nostra seduta, e che ci pensasse tranquillamente, con fiducia ».

Commento in occasione di un grosso ritardo, non preavvisato, dalla terapeuta-donna, fatto da una giovane sposa in presenza della propria madre, donna quanto mai svalutante e iperprotettiva, e del proprio marito. (La madre della sposa partecipava regolarmente alla psicoterapia familiare). Marito - ...oggi la dottoressa non viene più... Moglie - (ridendo sarcasticamente) io invece stavo proprio pensando che sta venendo qui.. correva per arrivare in tempo, ma è caduta dal marciapiede e si è rotta la tibia. Ora sta trascinandosi qui, con l'osso fuori, aggrappandosi ai muri, per non mancare! Deve farci la psicoterapia! Madre - (scandalizzata) Francesca, come puoi dire cose così cattive!

(E' questo un esempio tipico di transfert individuale. Si noti come la presenza fisica dell'oggetto transferale originario, la madre, non ne impedisce affatto la proiezione sulla co-terapeuta donna). L'espressione di vissuti negativi all'indirizzo del co-terapeuta assente è il fenomeno che si verifica più frequentemente in questa fase. Nella misura in cui i componenti la coppia vengono progressivamente vissuti come coalizione parentale, la seduzione di uno dei co-terapeuti ed i tentativi (abilissimi) di separazione della coppia stessa divengono sempre

più intensi e ripetitivi. I tentativi di separazione della coppia terapeutica meritano un cenno particolare. Essi rappresentano sempre un importante movimento transferale, sia che esprimano il vissuto dei due singoli terapeuti come scissi rispettivamente in « buono » e « cattivo », sia che si esplichino meno drammaticamente come valutazione di un terapeuta e rispettiva svalutazione dell'altro, suscitando di conseguenza nei terapeuti stessi vivaci risposte controtransferali, e, al limite, difficoltà nel rapporto fra i due membri della coppia terapeutica stessa, indotti in reciproche gelosie. A misura della loro insistenza e gravità tali tentativi ripetono una esperienza basale tanto più deformante quanto più le coppie parentali originarie, lungi dal costituire una coalizione, avevano coinvolto e strumentalizzato i figli alle proprie scissioni, più o meno manifeste o segrete. Nel caso estremo della scissione transferale in « buono » e « cattivo » dei due co-terapeuti, le osservazioni fatte sin qui ci permettono di inferire che il terapeuta « buono » non è affatto il portatore di esclusive valenze positive, come ingenuamente potrebbe essere indotto a credere, ma il portatore dell'immagine che più fa paura. L'idealizzazione del « temuto » serve allora a reprimere le angosce profonde, spostando nel contempo sull'altro terapeuta aggressività superficiali, critiche anodine e giocose prese in giro.

La giovane sposa cui abbiamo accennato dianzi, forse per aver udito i due co-terapeuti giungere insieme dal corridoio chiacchierando e ridendo sommessamente, accolse l'entrata della co-terapeuta donna con un riso ironico; strisciando il dito lungo la spalliera della poltrona, e mostrandolo sporco di polvere, osservò: « non è che qui si pulisca molto, vero? »

Una coppia particolarmente disturbata giunse al punto, in occasione dell'assenza di un co-terapeuta, di vomitare per l'intera seduta, all'indirizzo dello assente, critiche e derisioni, da cui risultava che se ne erano annotati, per mesi, persino i più minuti particolari dei capi di vestiario. Tali verbalizzazioni

negative all'indirizzo del co-terapeuta assente possono anche esprimere transferalmente un vissuto di frustrazione abbandonica. In questo caso, quando egli ritorna nella successiva seduta, lo si punisce con l'ignorarlo e con l'escluderlo altezzosamente.

Per raggiungere una situazione di profondo coinvolgimento è necessario un lavoro prolungato e intensivo. Tale coinvolgimento, nei casi in cui si è verificato, è apparso finora, nella nostra esperienza, nel secondo anno di psicoterapia intensiva, e nel caso di coppie molto disturbate. In tali casi, sono apparsi movimenti profondi estremamente complessi, assai difficili da capire al momento del loro verificarsi. Soltanto la discussione in équipe con gli osservatori diretti e l'analisi del nostro proprio controtransfert, riuscirono a chiarirci quanto stava accadendo. Citeremo il caso di una coppia in cui il paziente designato, proposto inizialmente per il trattamento, era originariamente la moglie, a causa di un sintoma accessuale ribelle ai precedenti tentativi di cura. Durante il trattamento di coppia, a cui il marito aveva generosamente aderito per « aiutare sua moglie », divennero sempre più evidenti le sue intense manovre sadico-svalorizzanti nei riguardi della moglie, la quale, dal canto suo, non sembrava aver trovato altra via di uscita da quella trappola insostenibile che il sintoma accessuale. Per molto tempo ci applicammo a lavorare quasi esclusivamente nel senso della decodificazione delle comunicazioni svalorizzanti che il marito inviava alla moglie. Visto che i risultati erano addirittura controproducenti, e che le sedute si susseguivano in un continuo bailamme di litigi, accuse e contro accuse, decidemmo di cambiare radicalmente rotta. Il terapeuta-uomo si assunse la leadership delle sedute, e ne condusse un paio dialogando col marito in modo intimo e comprensivo. Nella seduta successiva, inaspettata-

mente, la moglie si presentò in uno stato maniacale. Mentre, fino a quel momento, non aveva espresso alcun sentimento esplicito nei riguardi del terapeuta-uomo, prese a ciruirlo con comportamenti provocanti, chiedendogli giudizi su sé stessa e sulla sua bellezza e facendogli intendere che si era innamorata di lui. Il significato di tale comportamento cominciò a chiarirsi osservando il contegno del marito. Per tutta la durata di quella transazione imbarazzante e drammatica tra la moglie e il terapeuta-uomo, il marito, lungi dal mostrarsi offeso o geloso, come sarebbe stato logico aspettarsi, appariva divertito, rilassato nella sua poltrona con viso sorridente e soddisfatto.

Nel prenderne nota, incominciammo a capire come in quella coppia in simbiosi orale sado-masochistica, la moglie, masochisticamente strumentalizzata ai bisogni del marito, stava inconsciamente agendo di persona una disperata difesa di lui. Da che cosa lo difendesse divenne patente nella seduta successiva, a cui la donna si presentò piangente e disfatta, protestando di essere venuta per l'ultima volta. Non reggeva più, aveva passato una settimana tormentosa, si svegliava in preda ad incubi orribili. Tra i singhiozzi, raccontò che in uno di questi aveva visto un travestito inseguito da sconosciuti uomini armati: essa lottava disperatamente per difendere il travestito, pur senza sapere chi fosse.

Divenne allora chiaro (ma non fu interpretato) come l'accesa seduzione della moglie nei riguardi del terapeuta-uomo altro non fosse che il tentativo di prendere su di sé il transfert del marito su quel terapeuta, difendendo così il marito dal prenderne coscienza, impedendo a noi terapisti di renderci conto del nuovo sviluppo, e nel contempo rassicurando il marito terrorizzato dal venire coinvolto in un rapporto profondo col terapeuta-uomo.

Teniamo a dire che, se anche il fenomeno non fu mai interpretato, il comprenderne la dinamica ci servì egregiamente nella successiva condotta terapeutica. Ci divenne cioè chiaro come fosse ne-

cessano disinteressarci non solo del sintomo della moglie, ma anche delle comunicazioni svalorizzanti che sembravano produrlo, per centrare la nostra attenzione sul marito come elemento chiave per modificare la interazione patologica di quella coppia.

Nel caso della seconda coppia, che sarebbe qui troppo lungo riferire, furono esclusivamente i nostri sentimenti controtransferali a metterci sulla giusta pista dell'esistenza nel marito di una tendenza sessuale anomala in cui la moglie (paziente designata) era stata passivamente coinvolta, nonostante che tale tendenza ci fosse stata da entrambi pervicacemente nascosta per 14 mesi di terapia! Entrambi gli esempi sopra citati sono esempi tipici di resistenza di coppia.

In questa fase di intenso coinvolgimento coi terapeuti evitiamo di effettuare la seduta se uno dei co-terapeuti è impossibilitato a intervenire. Avvertiamo i partecipanti che la seduta è cancellata. Preferiamo infatti lasciar intercorrere un intervallo più lungo, e probabilmente più angoscioso, fino alla successiva seduta, piuttosto che fermare la regressione o incoraggiare le resistenze col mutamento della composizione del gruppo. A questo punto, infatti, il gruppo è strutturato con la presenza di entrambi i co-terapeuti. Il non escluderne alcuno diventa imperativo in questa fase del lavoro con la coppia e con la famiglia, ancor più che nel lavoro con un gruppo ad hoc. Incidentalmente aggiungiamo che il lavoro con giovani coppie coinvolte in un sistema complementare sadomasochistico, come quelle degli esempi suaccennati, ci appare di importanza fondamentale, non solo per i dati della ricerca ed i risultati terapeutici diretti, ma soprattutto per l'igiene mentale della prole. È infatti un dato acquisito nella letteratura come tale tipo di sistema di funzionamento nella coppia coincida, con massima frequenza, con gravi distorsioni psicoemotive nella prole.

Un altro dato cui pervenimmo faticosamente, a furia di delusioni e di errori, riguarda l'importanza fondamentale dei primi minuti della seduta per la osservazione di certe dimensioni dinamiche del sistema multipersonale. Mai come in questo caso è valida l'affermazione che l'espedito tecnico ci deriva dalle esperienze di tentativi ed errori precedenti. Quante sedute ci hanno lasciati insoddisfatti, rivelandosi vuote di espressione di sentimenti e strutturate solo sul filo delle resistenze! Quante volte abbiamo assistito impotenti a battibecchi inconcludenti, o anche a comunicazioni importanti sul piano delle dinamiche, ma prive di aggancio emotivo profondo, e quindi di possibilità di azione terapeutica! Quante volte, dopo le sedute, ci siamo ritrovati in preda all'incertezza, allo scoramento, al senso di inutilità, per accorgerci poi, d'un tratto, che la chiave ci era stata inconsapevolmente data nelle prime transazioni che non avevamo tuttavia saputo cogliere e usare terapeuticamente!

Il comportamento d'ingresso nella sala di terapia, la disposizione dei posti, le battute iniziali o il silenzio prima o subito dopo l'entrata dei terapeuti, il tipo di saluto rivolto a questo o a quel terapeuta, gli atteggiamenti, le espressioni verbali e non verbali dei primi minuti costituiscono spesso un elemento chiave per la comprensione del sistema di funzionamento, non solo della singola seduta o della fase della terapia, ma del sistema di rapporto in toto.

Allo stato attuale della nostra esperienza, ci sembra doveroso portare l'attenzione sulla minuziosa osservazione dell'inizio di seduta, la cui importanza non è sufficientemente sottolineata, a nostro avviso, dalla letteratura straniera specializzata nello argomento. L'attenzione portata sulle prime transazioni rappresenta non solo un espediente tecnico, ma un momento terapeutico importante in quanto rivelatore della situazione transferale. Ricordiamo la prassi. I terapeuti e gli osservatori si riuniscono, alcuni minuti prima dell'orario della seduta, nella stanza munita di specchio unidirezionale, in modo

da poter osservare le modalità di arrivo dei membri della famiglia. (Gli anticipi, i ritardi, i sottogruppi, le verbalizzazioni spontanee ecc.). Successivamente, i terapeuti entrano nella sala e procurano di sistemarsi in poltrone possibilmente contrapposte. Già a questo punto si ha una notevole massa di dati relativi ai significati della disposizione dei posti (il gruppo degli uomini e delle donne, la posizione dominante di chi si accomoda da solo sul divano centrale, i posti lasciati ai terapeuti, le variazioni rispetto a posizioni precedenti ecc.). Ma anche le battute iniziali, persino il modo di rivolgere il saluto, possono rappresentare comunicazioni di particolare interesse, soprattutto per lo svolgimento successivo della seduta. Si tratta infatti di comunicazioni comunque riferibili ai vissuti relativi a quel determinato momento del rapporto terapeutico. Vediamone un semplice esempio.

Due coniugi, in terapia da un anno, e standardizzati nel cerimoniale iniziale, all'inizio di una seduta salutarono il terapeuta-uomo aggiungendo al solito « Buon giorno » un insolito cordiale « come sta? » Questo era il fatto nuovo, una frase apparentemente insignificante, che appartiene all'uso quotidiano, alla consuetudine, ma che non era, fino allora, mai stata pronunciata. Nel prenderne atto, fu possibile convalidare come quella insignificante espressione comunicasse l'inizio dell'ingresso, in quella situazione terapeutica, del terapeuta-uomo, escluso, fino a quel momento, nella sua qualità d'immagine paterna (in analogia con quanto era avvenuto per le rispettive figure paterne nei sistemi familiari originari).

L'inizio di seduta offre pressoché sempre una possibilità di intervento terapeuticamente efficace, non solo mediante l'osservazione e l'eventuale interpretazione delle dinamiche in atto, ma soprattutto in quanto utilizza una situazione emotivamente pregnante ed attuale qual è l'hic et nunc. Prendiamo l'esempio della 14ª seduta di una coppia in cui il paziente inizialmente designato era la moglie.

La seduta si apre con un silenzio abbastanza prolungato. Poi la moglie, sottocchi, fa un sorrisetto ironico al marito apparentemente impassibile e sprofondato nella poltrona. Si chiede alla signora che significhi quel sorrisetto. « Voglio dire a mio marito che io non parlo » « Già, interviene il marito, venendo qui in macchina le ho ripetuto che non derogo dal mio proposito. Andiamo là per tè, le ho detto, sei tu che devi parlare, dire quello che senti, i tuoi vissuti! » (sic).

Dal rilevamento del sorrisetto e della transazione susseguente fu possibile mettere in chiaro:

il rifiuto del marito di considerarsi in terapia;

il suo atteggiarsi a terzo terapeuta che tace e invita «la paziente» a parlare dei suoi «vissuti»;

la sua aggressività repressa verso i terapeuti, aggirata con la pseudo-alleanza;

il rifiuto della moglie di essere considerata « l'accusata », la sua aggressività verso i terapeuti accusatori che rende impotenti col suo silenzio;

il vivere entrambi, comunque, i terapeuti come autorità giudicanti, totipotenti, minacciose;

il loro agire di comune accordo, perfettamente anche se inconsciamente, la resistenza.

Questo, tuttavia, rappresentava qualcosa di nuovo di cui urgeva prendere atto. Le sedute, fino a quel momento, si erano susseguite in esasperante ripetizione: accuse del marito, accese proteste della moglie in pianto. Ma la drammaticità, il tono elevato, le tensioni tra i coniugi durante i litigi in seduta erano più apparenti che reali.

Il sistema di rapporto di quella coppia era la lite necessaria quanto il sintomo della moglie per reprimere le angosce originarie, coprire i veri problemi, e mantenere lo status-quo.

Il rilevamento delle comunicazioni iniziali della seduta, cioè il silenzio e il sorrisetto della moglie, ci fornirono lo spunto per un viraggio della situazione terapeutica. Infatti, dandoci l'opportunità di comprendere quanto quei coniugi rivivessero nel rapporto con noi le situazioni parentali originarie, ci offesero la possibilità di attualizzare l'aggressi-



vita nei nostri confronti, quali portatori di immagini di autorità deteriorata. Per concludere, trascurando i vari passaggi, il problema tecnico di quella fase di stasi era di trovare un momento emotivamente significativo per agire sulle difese. Ciò fu possibile lavorando sui sentimenti che stavano dietro quell'inizio di seduta. Affiorarono così per la prima volta le paure profonde celate dietro quella difesa tenacissima che era il litigio.

Un ultimo esempio. Una famiglia, composta dai genitori e da sei figli, di cui due pazienti designati bordeline, ed una paziente anoressica, dopo una seduta emotivamente carica per drammatiche transazioni tra i genitori ed uno dei pazienti designati, venne alla seduta successiva portando anche la figlia più piccola (4 anni) che ancora non era intervenuta alle sedute. La bambina iniziò subito ad interferire attivamente nelle transazioni degli adulti, mutando continuamente di posto, invitando di volta a volta i membri della famiglia (consenzienti) a giocare con lei, finché, dopo che fu approdata con gentile chiacchericcio fra le braccia del padre, permise alla famiglia di presentare ai terapeuti un quadro idilliaco da notte di Natale.

Il rilevamento di quei comportamenti evidenziò la complessa difesa agita collettivamente contro i terapeuti, susseguente alla paura di presentarsi **al loro giudizio** nella realtà delle angoscianti tensioni intrafamiliari.

Questi esempi, per forza di cose riferiti sinteticamente, non hanno altro scopo che di dare un'idea della nostra scelta metodologica. A nostro parere, almeno al momento attuale della nostra esperienza, non vediamo come si possa prescindere, nel lavoro psicoterapico intensivo con la famiglia, dal rilevamento dei fenomeni del transfert. Pensiamo infatti che l'approccio strategico derivi dal concetto di una terapia attenta allo scontro di due alleanze opposte: l'alleanza dei terapeuti con le componenti più differenziate dell'Io di ciascuno dei membri della famiglia da un lato, dall'altro il sistema familiare con le sue alleanze pseudo-mutue, tese ad esclu-

dere i terapeuti, o a coinvolgerli nel sistema. I terapeuti della famiglia, che si trovano a dover affrontare l'intrico del sistema patogeno, devono predisporre un adeguato piano strategico. Per non lasciarsi irretire, debbono tener presente che l'autonomia di ciascuno è minacciata non solo dai bisogni regressivi individuali, ma anche dai bisogni omeostatici del sistema familiare; e che un intervento potrà essere tanto più efficace, quanto più potrà agire sui vari livelli considerati.

Il rilevamento dell'hic et nunc dell'inizio di seduta permette quasi sempre di mettere in luce i vissuti conseguenti alla seduta precedente, i quali sono fondamentali per la continuità e la mediazione nel transfert della situazione dinamica sottostante.

Vogliamo terminare questa nostra esposizione con una riflessione generale che ci sembra più acconcia se posta alla conclusione che non all'inizio del nostro scritto. E' una riflessione che potrebbe sembrare fuori luogo in uno scritto sul transfert, mentre ne rappresenta, a nostro avviso, **un ennesimo fenomeno verificabile nel collettivo**. Fin dallo inizio del nostro lavoro con le famiglie andiamo registrando nel nostro ambiente una serie di fenomeni di cui possiamo distinguere, grosso modo, due categorie. In persone totalmente fuori dello ambiente psichiatrico, ma operanti in settori cointeressati al problema familiare, sacerdoti, giuristi, educatori, la nostra iniziativa suscita espressioni di entusiasmo e di ammirazione, forse sul filo di una attesa più o meno cosciente che il nostro lavoro miri esplicitamente ad un consolidamento della istituzione familiare. Nei colleghi, invece, sono frequenti due tipi di reazioni: un atteggiamento dubitativo dell'utilità di tale esperimento o decisamente svalutativo in senso tecnico, oppure un atteggiamento apertamente polemico sul filo di questa o quella ideologia politica dominante.

Dal canto nostro, noi abbiamo affrontato il problema con interesse fenomenologico, « evitando ogni pronunciamento dottrinario o battaglia per un ideologico partito della famiglia » (Wynne). Sostan-

zialmente, concordiamo con Don Jackson: « Forse, nel mondo rapidamente cangiante del ventesimo secolo, la famiglia tradizionale e la struttura del matrimonio potranno divenire anacronistici. Ma, al presente, l'unità familiare e il matrimonio monogamico sono ancora la pietra angolare della nostra cultura. Vale perciò la pena di occuparsene a fondo ».

## RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

### VOLUMI

- (1) Ackerman N. W., *Psicodinamica della vita familiare*. Boringhieri, 1968.
- (2) Ackerman N. W., Beatman F. L., and Sherman S. N. (Eds.), *Exploring the base for family therapy*. New York: Family Service Assoc. of American, 1961.
- (3) Ackerman N. W., *Treating the troubled family*. New York: Basic Books, 1966.
- (4) Ackerman N. W., Beatman F. L., and Sherman S. N., (Traduzione italiana ed. Feltrinelli). *Expanding theory and practice in family therapy*. New York: Family Service Assoc. of America, 1967.
- (5) Bell J. F., *Family group therapy*. Public Health Mono-graph No. 64, Public Health Service Publication 826, Washington, D. C., 1961.
- (6) Berne E., *A che gioco giochiamo*. Psicologia delle relazioni interumane. Bompiani, 1967.
- (7) Boszormeny-Nagy I., and Framo J. L., *Psicoterapia intensiva della famiglia*. Boringhieri, 1969.
- (8) Cohen I. M., *Family structure, dynamics and therapy*. Psychiatric Research Report No. 20, Jan., 1966.
- (9) Friedman A. S., Boszormeny-Nagy I., Jungreis J., Lincoln G., Mitchell H. E., Sonne J., Speck R. V., and Spivack G., *Psychotherapy for the whole family*. New York: Springer, 1965.
- (10) Haley J., and Hoffman L., *Techniques of family therapy*. New York: Basic Books, 1967.
- (11) Haley J., *Strategies of psychotherapy*. New York: Grune and Stratton, 1963.
- (12) Handel G., *The psychosocial interior of the family*. Chicago: Aldine, 1967.

- (13) Howells J. G., Family psychiatry-theory and practice. Oliver a. Boyd London, 1968.
- (14) Laing R. D., and Esterson A., Sanity? Madness and the family. London: Javistock Publications, 1964.
- (15) Lederer W. J., Jackson D. D., The mirages of marriage. N. Y. Norton Company, 1968.
- (16) Lidz T., The family and human adaptation. New York, Int. Un. Press, 1963.
- (17) Lidz T., Fleck S., Cornelison A., Schizophrenia and the family. New York. Int. Un. Press, 1965.
- (18) Minuchin S. e coli., Families of the slums. New York: Basic Books, 1967.
- (19) Watzlawich P., Pragmatics of human communication. New York, Norton, 1967.
- (20) Satir V., Conjoint family therapy. Palo Alto, Science and Behaviour Books, 1964.
- (21) Zuk G. H., B. Nagy J., Family therapy and disturbed families. Palo Alto, Science and Behaviour Books, 1967 (traduzione italiana Ed. Armando - Roma).

#### ARTICOLI

- (22) Ackerman N. W., Family psychotherapy and psychoanalysis: the implications of difference. Family process, 1, 30-43, 1962.
- (23) Ackerman N. W., Family psychotherapy today; some areas of controversy. Comprehensive psychiatry, 7, 375-388, 1966.
- (24) Ackerman N. W., Family therapy. In Arieti S., (Ed.) American handbook of psychiatry. Vol. 3, 1966, 201-212.
- (25) Bateson G., Jackson D. D., Haley J., and Weakland J. H., Toward a theory of schizophrenia. Behavioral Science, 1, 251-264, 1956.
- (26) Bateson G., Jackson D. D., Haley J., and Weakland J. H., A note on the double bind. Family Process, 2, 154-161, 1963.
- (27) Beels C. C., Ferber A., Family Therapy: a view. Family Process, 8, 280-318, 1969.
- (28) Bell N. W., Extended family relations of disturbed and well families. Family Process, 1, 175-193, 1962.
- (29) Bowen M., Family psychotherapy with schizophrenics in the hospital and in private practice. In Intensive Family Therapy, Boszormenyi-Nagy L., and Framo J. L., (Eds.), Harper and Row, 1965.
- (30) Bowen M., The use of family theory in clinical practice. Comprehensive Psychiatry, 7, 345-374, 1966.
- (31) Durssen A., Preventive Massnahmen in der Familie. Psychoter. Psychosom., 16, 319-332, 1968.

- (32) Ferreira A. J., Decision-making in normal and pathologic families. *Arch. General Psychiatry*, 8, 68-73, 1963,
- (33) Friedman A. S., Family therapy as conducted in the home. *Family Process*, 1, 132-140, 1962.
- (34) Haley J., Family of the schizophrenic: A model system. I. *Nerv. Mental. Dis.*, 129, 357-374, 1959.
- (35) Jackson D. D., The question of family homeostasis. *Psychiat. Quart. Suppl.*, 31, 79-90, 1957.
- (36) Jackson D.D., and Xeakiand J. H., Conjoint Family therapy; Considerations on theory, technique and results. *Psychiatry*, 24, 30-45, 1961.
- (37) Lidz I., Cornelison A., Fleck S. and Terry D., Intrafamilial environment of schizophrenic patients. II. Marital schism and marital skew. *Amer. J. Psychiatry*, 114, 241-248, 1957.
- (38) Lidz I., Cornelison A., Terry D., and Fleck S. Intrafamilial environment of the schizophrenic patient. VI. The transmission of irrationality. *AMA Arch. Neurol. Psychiatry*, 79, 305-316, 1958.
- (39) Lidz T., Fleck S., Alanen Y. D., and Cornelison A., Schizophrenic patients and their siblings. *Psychiatry*, 26, 1-18, 1963.
- (40) Mishler E. G., and Waxier N. E., Family interaction processes and schizophrenia: A review of current theories. *int. Jour. Psychiatry*, 4, 1966.
- (41) Searles H. F., The effort to drive the other person crazy and element in the etiology and psychotherapy of schizophrenia. *Brit. J. Medical Psychology*, 32, 1-18, 1959.
- (42) Sonne J., Speck R. V. and Jungreis J. E., The absent-member maneuver as a resistance in family therapy of schizophrenia. *Family Process*, 1, 44-62, 1962.
- (43) Sonne J. and Lincoln G., Heterosexual co-therapy team experiences during family therapy. *Family Process*, 4, 177-197, 1965.
- (44) Speck, R. V., Psychotherapy of the social network of a schizophrenic family. *Family Process*.
- (45) Vogel E. F., The marital relationship of parents of emotionally disturbed children. Polarization and isolation. *Psychiatry*, 23, 1-12, 1960.
- (46) Warkentin J., and Whitaker C. A., The secret agenda of the therapist doing couples therapy. In *Family therapy and disturbed families*. Zuk, G. H. and Boszormenyi-Nagy, 1, (Eds.) Palo Alto: Science and Behavior Books, 1967.
- (47) Watzlawick P., A review of the double bind theory. *Family Process*, 2, 132-153, 1963.
- (48) Wynne L. C., Ryckoff I. N., Day I., and Hirsch S. I., Pseudomutuality in the family relations of schizophrenics. *Psychiatry*, 21, 205-220, 1958.