



PSICOTERAPIA CURA PSICOTERAPIA

Particolarmente dedicato ai medici e agli operatori della salute, l'articolo collocato in questa sezione risponde a una domanda fondamentale sulla possibilità di utilizzare, fuori dal campo in cui esso nasce, il sapere che origina dal lavoro degli psicoterapeuti.

Especially adressed to practitioners and other health specialists, the article placed in this section answers to the main question on the possibility to make use of the knowledge resulting from the work of psychoterapists outside the field in which it is bore.

Dedicado especialmente a los médicos y demás profesionales de la salud, el artículo presentado en esta sección responde al tema fundamental sobre la posibilidad de utilizar los conocimientos derivados del trabajo de los psicoterapeutas fuera de su campo original.

La psicoterapia sistemico-relazionale nel servizio consultoriale: una sfida possibile

Walter Bernucci¹, Rita Sabatini², Anna Maria Galassi³, Rita Vergura⁴, Nicoletta Fosco⁵

Riassunto. Comparsa in Abruzzo negli anni '80, la formazione sistemica ha prodotto l'idea che è possibile utilizzare la psicoterapia sistemico-relazionale nei servizi sociali e sanitari, anche se solo nel 2001 la psicoterapia è inserita nei Livelli Essenziali di Assistenza fra le attività da svolgersi nei consultori. Questa lenta azione divulgativa in un territorio, culturalmente inaridito da decenni di medicalizzazione del disagio psichico, è stata attivata, con fatica e determinazione, da L. Harrison e da M.G. Cancrini che per prime entrano nel territorio abruzzese, in particolare a Pescara e a Chieti, dove introducono la consulenza familiare e la psicoterapia sistemica. Abbiamo pensato di proporre l'analisi di 116 psicoterapie condotte fra il 1997 e il 2007, in una struttura consultoriale del Servizio Sanitario Nazionale. Da questa disamina si evidenzia che, là dove i terapeuti lavorano sulla base di un pensiero forte, alimentato da interesse e passione nei confronti della terapia stessa, si riescono a produrre buoni risultati terapeutici, indipendentemente dal setting. L'indagine evidenzia criticità ma anche punti di forza della terapia familiare che, a prescindere dalle tecniche, si fonda sulla capacità empatica del terapeuta che mette in gioco sé stesso e le sue idee di riferimento. Questo articolo vuole essere uno stimolo per spingere ad una maggiore consapevolezza i terapeuti sistemici che con fatica vivono nei servizi pubblici a proseguire nel difficile compito di fare terapia in contesti poco strutturati e offrirli a coloro che direttamente o indirettamente ci chiedono aiuto, sia nei servizi di prevenzione, sia nei contesti di diagnosi e cura.

Parole chiave. Pensiero forte, cartella sistemica, formazione, setting non strutturato, psicoterapia sistemica nei servizi pubblici, coterapia di operatori, personalità del terapeuta.

Summary. *The systemic-relational psychotherapy.*

The systemic training, in Abruzzo since 1980, has introduced the idea that the systemic-relational psychotherapy is useful in social and health services, even if, psy-

¹Didatta Scuola Random di Roma.

²Psicologa psicoterapeuta familiare ASL Chieti, didatta IPRA di Pescara.

³Psicologa e psicoterapeuta familiare ASL Chieti.

⁴Tirocinante post laurea specialistica in Psicologia Clinica.

⁵Tirocinante specializzanda allieva Scuola Terapia Familiare.

chotherapy was included in the Essential Levels of Care among the activities to be carried out in clinical context only since 2001. This slow and popular action, difficult in this country for decades of medicalization of mental illness, has been activated by L. Harrison and M. G. Cancrini, with their determination and hard work. They, first approached the territory of Abruzzo especially Pescara and Chieti, have introduced the systemic family counseling and psychotherapy. Therefore we decided to propose an analysis of 116 psychotherapy conducted between 1997 and 2007, in a clinical structure of the National Health Service. From this discussion it is highlighted that, if in case the therapist works with a strong thought, fostered by interest and passion towards the psychotherapy, is able to produce good therapeutic results, regardless of the “setting”. The research highlights weaknesses but also strengths of family therapy, which is based on techniques and on the therapist’s empathic skill, who involves himself and his ideas. This article would be an incentive to drive the systemic therapists to greater awareness, who live with difficulty in public services. In particular would be an incentive to go on in the difficult task to do therapy in unstructured contexts and to offer this clinical work to those who, directly or indirectly, ask us for help, whether in prevention services or diagnosis and treatment contexts.

Key words. Strong thought, medical records with systemic approach, training, unstructured setting, systemic psychotherapy in public services, cotherapy teams, therapist’s personality.

Resumen. *La psicoterapia sistémico-relacional.*

Nacida en Italia, en la región de Abruzzo durante los '80, la “formación sistémica” introdujo la idea que es posible utilizar la psicoterapia sistémico-relacional en los servicios sociales y en aquellos sanitarios, aunque la psicoterapia haya sido incluida dentro de los niveles esenciales de la asistencia, entre las actividades realizadas en las oficinas del doctor, sólo en el 2001. Esta lenta acción divulgativa por un territorio culturalmente pobre, desde hace décadas, por la medicalización del deficit psíquico, se ha activado con el trabajo duro y la determinación de L. Harrison y de M.G. Cancrini que fueron los primeros en entrar dentro del territorio abruzzese especialmente en Pescara y en Chieti, donde introdujeron la consultación familiar y la psicoterapia sistémica. Pensamos en proponer el análisis de 116 psicoterapias hechas entre el 1997 y el 2007, por una estructura consultaria del servicio médico nacional. Desde esta examinación se evidencia que, allá donde los terapeutas trabajen gracias a un pensamiento fuerte, alimentado por interés y pasión de la misma terapia, se obtienen éxitos y buenos resultados terapéuticos, independientemente del setting. El examen evidencia sea cuestiones problemáticas sea elementos de fuerza de la terapia familiar que, prescindiendo de las técnicas, tiene su fundamento en la capacidad empática del terapeuta que pone en juego sea a sí mismo sea a sus ideas de referencia. Este artículo quiere ser un estímulo y un empuje hacia una mayor conciencia para los terapeutas sistémicos que con sus trabajos duros viven en los servicios públicos. Para que sigan en la complicada tarea de hacer terapia en pequeños contextos estructurados y para que puedan ofrecer ayuda a todos los que, directamente o indirectamente, la pidan, sea a través de los servicios de prevención, sea en contextos diagnósticos y terapéuticos.

PREMESSA

La nostra società ad alto sviluppo tecnologico si trova a registrare due fenomeni interessanti: successi significativi riguardo all'aspettativa di vita e un preoccupante aumento dei disturbi psicologici, comportamentali e psicosomatici nel bambino, nel giovane, nell'adulto e nell'anziano.

Può accadere di sentirsi disorientati di fronte alle diverse modalità con cui si manifesta il disagio che minaccia il normale processo di crescita della persona; rivolgersi ad esperti significa aver già individuato in modo specifico le caratteristiche e le esigenze della situazione problematica e questo è spesso difficile; non farlo può stabilizzarla e aggravarla. In particolare, quando è richiesto un intervento psicologico o psicopedagogico, la ricerca del servizio o dello specialista idoneo può comportare percorsi tortuosi che ritardano o vanificano la possibile soluzione.

L'indagine clinica presentata nasce dal desiderio di riflettere sul "fare psicoterapia" ed in particolare psicoterapia familiare nel contesto del Servizio Sanitario Nazionale in cui permane una risposta psicoterapeutica che è innanzitutto carente rispetto alle richieste ed è caratterizzata da frammentazione, discontinuità e aspecificità.

INTRODUZIONE

Si è pensato di procedere ad una indagine clinica sulle psicoterapie svolte in uno dei Consultori Familiari dell'Azienda Sanitaria Locale di Chieti, per cercare di evidenziare i risultati terapeutici raggiunti in presenza di indicatori di contesto molto particolari.

L'idea di una ricerca sulla psicoterapia nel contesto pubblico, "paradossalmente" caratterizzato in modo diverso al suo interno e all'esterno, è nata faticosamente. Il servizio pubblico è infatti caratterizzato all'interno da rigidità, formalismi burocratici ed eccessivo carico di lavoro; all'esterno è spesso connotato negativamente in quanto il dilagare di notizie sulla malasanità (che peraltro esiste in molti contesti di cura) e l'apparente gratuità "svalutano" le prestazioni consultoriali; d'altro canto il servizio pubblico spesso viene disconfermato anche da colleghi che lavorano come liberi professionisti e sono per lo più convinti dell'assoluta necessità e della supremazia del setting psicoterapeutico tradizionale e ortodosso, che viene individuato nello studio privato.

L'esigenza è stata quella di riflettere su un contesto in cui l'intervento psicoterapeutico non è una priorità a livello esplicito, ma diventa una necessità a livello pragmatico per offrire agli utenti risposte ai loro problemi e alle loro sofferenze. L'esame del lavoro clinico svolto ha focalizzato i seguenti aspetti:

- l'analisi della domanda;
- il processo diagnostico;
- la formulazione di progetti terapeutici specifici;
- il contratto terapeutico;
- la metodologia di intervento e le tecniche più frequentemente utilizzate.

Ma interessante è stato soprattutto riflettere sul bagaglio mentale, le idee, l'epistemologia e l'etica del terapeuta.

Il tempo trascorso tra la raccolta dei dati e l'elaborazione definitiva è esplicativo della difficoltà che gli operatori incontrano nei servizi a riflettere e fare ricerca per migliorare i servizi stessi. Non esiste un limite oggettivo, ma solo la voglia e la sensibilità personale motivano un surplus di impegno, in modo da sottrarre meno tempo possibile all'elevatissima domanda di psicologia che negli ultimi anni è diventata un'emergenza.

BREVE STORIA DELLA PSICOTERAPIA SISTEMICA IN ABRUZZO

I fattori che hanno determinato l'aumento della domanda di psicoterapia e di invii più mirati alla terapia familiare sono diversi e spiegano il suo diffondersi nei servizi.

L'Abruzzo è una regione che da un'economia contadina ha rapidamente raggiunto un discreto benessere economico, attraverso un processo di industrializzazione e politiche sociali protettive di aiuti nazionali ed europei.

Questa trasformazione sociale ha mutato l'organizzazione familiare, squilibrando assetti relazionali ben definiti e generando un'evoluzione: dalla cultura patriarcale, dove la famiglia aveva una propria centralità ed era considerata una risorsa economica, affettiva e morale, si è passati ad una disgregazione e frammentazione sociali con fasce deboli e non protette; le famiglie appaiono così sistemi fragili, divisi e spesso ricomposti infelicemente. La famiglia, segnata dalla cultura dell'individualismo dilagante e dei disvalori ad esso connessi, in cui atteggiamenti di incuria ai limiti del maltrattamento e relazioni disimpegnate alimentano un disagio giovanile palese, necessita sempre più di adeguati interventi di cura e di tutela. Forse le persone sono più disorientate a causa dell'assenza di quei limiti etici, sociali e religiosi che erano insiti nel tessuto sociale dei decenni precedenti, per quanto segnati da ignoranza e povertà. Forse le emergenze sintomatiche sono oggi proporzionalmente aumentate con l'aggravarsi di una crisi economica e sociale di portata storica e con il dilagare di soluzioni esistenziali caratterizzate dalla deresponsabilizzazione e dalla delega sociale.

Negli anni '80 compare nel panorama sociosanitario regionale la formazione sistemica diretta ad operatori: assistenti sociali, psicologi, medici, insegnanti. Questa lenta azione divulgativa, in un territorio culturalmente inaridito da decenni di medicalizzazione del disagio psichico, è stata attivata, con fatica e determinazione, da Lieta Harrison e da Maria Grazia Cancrini, che per prime entrano nel territorio abruzzese, in particolare nel territorio di Pescara e Chieti, e introducono la consulenza familiare e la psicoterapia sistemica.

Riflettere su alcuni dati storici permette di spiegare e contestualizzare meglio l'azione di rottura degli schemi di cura tradizionali svolta da Maria Grazia e Lieta. Vengono organizzate le prime supervisioni cliniche ad indirizzo sistemico a Chieti e Pescara, sia in contesti pubblici, sia in una di quelle strutture private di cura residenziale che hanno condizionato il panorama psichiatrico locale.

L'appassionata azione di co-costruzione con i primi gruppi di formazione mira alla diffusione, fuori del setting terapeutico, della nuova modalità di lettura del disagio psichico come manifestazione decodificabile e della psicoterapia familiare strutturale come modalità di intervento.

Questa impostazione, condivisa con la scuola milanese, ha generato una diffusione capillare nei servizi dell'idea che era possibile cambiare i contesti di lavoro, promuovere il lavoro di rete e la psicoterapia familiare e di coppia nelle stanze dei pochissimi psicologi e psichiatri operanti nei nascenti servizi sociali e sanitari.

Sono gli anni, per intenderci, in cui è vivo il dibattito sulla legge Basaglia, e le ripercussioni della chiusura dei manicomi non generano la costruzione delle strutture previste per i malati nel territorio. Anni in cui la psicoanalisi predomina e si impone nella psichiatria di comunità per cui la visione intrapsichica trova più consensi di quella interpersonale che poi aprirà più facilmente la strada alle nuove teorie sistemiche di cura.

È estremamente importante sottolineare quanto fosse difficile, a quei tempi, insegnare a fare psicoterapia sistemica in una regione che allora e ancora oggi presenta il più alto numero di posti letto per malati di mente pro capite in Italia (concentrati in strutture private), record condiviso con la Puglia.

Di fatto, i dati dell'indagine e il panorama attuale ci inducono a pensare che oggi in Abruzzo non si possa parlare ancora di "deriva della psicoterapia familiare" [1], ma di efficacia a livello clinico di un modello sicuramente complesso e, a livello individuale, di una risposta impegnata e generosa dei terapeuti, realtà che acquistano visibilità attraverso il famoso "passaparola", quando dalle stanze di formazione il terapeuta passa al duro lavoro nei servizi e nel territorio con altri operatori.

C'è un pezzo di storia della psicoterapia familiare che oggi noi terapeuti familiari "figli capaci di lavorare nei territori", utilizzando un'eredità scientifica e culturale enorme, abbiamo costruito con fatica, a partire dalla nostra formazione e dalla formazione nel tempo di una formazione sempre più territoriale.

Dalla psicoterapia familiare insegnataci da M. G. Cancrini e L. Harrison e dall'apertura di una sede formativa (l'Istituto di Psicologia Relazionale Abruzzese M.G. Cancrini di Pescara), c'è stata penetrazione e ramificazione nei differenti contesti di lavoro, dove sono nati sodalizi e aggregazioni cercate e stimolate dalle leader carismatiche. Intorno a loro, come detto in un processo di co-costruzione e di svincolo, psicoterapeuti diversi per storia personale, ma accomunati da un modello teorico e terapeutico condiviso, si sono impegnati a diffondere "l'idea nuova" [2] lavorando nella formazione e nei servizi pubblici.

Se negli anni '90 l'intervento psicoterapeutico, riservato ancora prevalentemente a pochi abbienti e a qualche fortunato che veniva inviato nei servizi pubblici, accolto da pochissimi e motivati psicologi, in genere specialisti convenzionati con le ASL, è stato gradualmente ufficializzato e, da pianticella, si è trasformato radicandosi con evidenza anche in contesti culturali difficili come quello abruzzese, lo dobbiamo a loro.

Il lavoro di un gruppo ha generato quelle modificazioni, quei cambiamenti che sono precursori di nuovi assetti e intercettano una domanda di cura sulla quale l'apparato burocratico e legislativo ancora dibatte su chi e come deve fare psicoterapia nel sistema sanitario pubblico; abbiamo nei fatti durante questi anni dimostrato che si può fare psicoterapia, e con questo bisogno lo stesso sistema dovrà fare i conti... non in senso figurato.

LA PSICOTERAPIA NEL SERVIZIO PUBBLICO

Nel periodo in esame, il decennio compreso fra il 1997 e il 2007, l'intervento psicoterapeutico di terapia familiare nei servizi di cura pubblici costituiva un'innovazione, essendo più frequente la presenza di psicoterapeuti di formazione diversa; inoltre, andando nello specifico, c'è da sottolineare che i Consulitori Familiari pubblici, istituiti nel 1975 [3], inizialmente si proponevano come strutture deputate alla prevenzione ed escludevano per questo la possibilità di effettuare al loro interno delle psicoterapie, riducendo di conseguenza la possibilità degli psicoterapeuti presenti di operare, trascurando le potenzialità di prevenzione secondaria della consulenza e della psicoterapia familiare.

A livello di legislazione, solo nel 2001 la psicoterapia è stata inserita nei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) fra le attività ad alta integrazione sociosanitaria, da svolgersi nell'ambito dell'assistenza consultoriale [4]. Effettuare la psicoterapia familiare nei consultori, quindi, presentava aspetti di criticità non indifferenti.

IL CONTESTO DELL'INDAGINE

Il servizio pubblico preso in considerazione nella presente indagine è quello del Consultorio Familiare di Chieti, all'interno del quale è stato creato, sin dal 1994, un centro, inteso come monte ore dedicato, per la psicoterapia familiare; nel periodo in esame il centro è stato gestito, per dodici ore alla settimana, dalla psicologa di ruolo presente a tempo pieno nel consultorio insieme alla collega convenzionata ambulatoriale, entrambe psicoterapeute sistemico-relazionali.

Il centro è sempre stato caratterizzato dalla gratuità (in quanto fino ad oggi tutte le prestazioni consultoriali sono a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale) e dalla facilità di accesso alla prestazione, non essendo richiesta nessuna prescrizione medica. Queste caratteristiche sono in aperto contrasto con le linee-guida che si vorrebbero imporre da parte dei più nel mondo politico e medico; a tal proposito è interessante ricordare come il disegno di legge Cancrini sulla psicoterapia nei servizi pubblici [5] suscitò molte discussioni in ambito accademico, soprattutto in merito al punto se si debba e su chi debba prescrivere la psicoterapia. Ci sono posizioni diverse e corporative da parte dei diversi specialisti (psichiatri, medici, psicologi): ancora una volta il mondo intellettuale e politico si mostra molto lontano dal mondo reale e dal reale spirito dei tempi; nella pratica quotidiana si rileva che la richiesta di psicoterapia da parte dei cittadini è in continuo aumento e non può essere completamente soddisfatta per la limitatissima presenza di operatori formati in tal senso nei servizi. La richiesta di psicoterapia d'altra parte nasce

da un bisogno dell'utente e solo raramente viene consigliata dal medico di medicina generale o da altro specialista. Tutti gli psicoterapeuti sanno che una relazione terapeutica può nascere solo da una motivazione intrinseca alla persona, riconoscibile solo da chi ha acquisito una formazione psicologica. Tuttora nella nostra pratica constatiamo che addirittura, in alcuni rari casi, gli utenti vengono sconsigliati ad intraprendere una psicoterapia da parte di psichiatri o altri specialisti.

Come è facile immaginare, il setting consultoriale è caratterizzato anche dall'assenza degli ausili tecnici peculiari alla terapia familiare.

Il setting terapeutico e le sue peculiarità, in questo caso, risultano dunque assimilabili più ad un preciso metacontesto del terapeuta che ad un reale luogo predisposto a tal fine.

Così come "la mappa non è il territorio" [6], si può senz'altro affermare che l'intervento psicoterapeutico non è identificabile solo con gli strumenti tecnologici o con un luogo fisico, ma piuttosto rimanda al bagaglio mentale, alle idee, all'epistemologia, all'etica del terapeuta.

È importante capire se e quanto il contesto ambientale influisca sul fare terapia o se esso possa essere variabile, ma non determinante, a patto che il metacontesto del terapeuta sia adeguato e solido.

Un indicatore di contesto, ad esempio, è la scelta di non utilizzare il camice bianco, affinché i terapeuti siano percepiti in modo meno ansiogeno. Il camice, infatti, rappresenta un immediato rimando ad un forte contesto medico evocativo di designazioni, diagnosi, malattie mentali, mentre la costruzione di un contesto accogliente e non designante è stato l'obiettivo dell'intervento sistemico sin dai primi anni ('70) della sua applicazione e ricerca da parte della Selvini Palazzoli e della sua équipe [7].

Il contesto pubblico, e in particolare il consultorio, per le sue finalità si pone come luogo di libero accesso ad utenza variegata per le problematiche di natura psicosociale, relazionale, educativa, di prevenzione del disagio adolescenziale, di tutela della donna e quindi di un'utenza che non ha avuto già una designazione di disagio, ma che presenta a volte situazioni tali da essere poi inviate in servizi specifici di secondo livello. Viceversa, l'utenza inviata dai servizi, e dunque già sottoposta ad una diagnosi psichica o di tipo psichiatrico, è indirizzata con l'obiettivo terapeutico di recuperare una funzionalità e liberarsi dalla malattia e dalla designazione.

Un'altra caratteristica critica del contesto è che i tempi dedicati alle sedute sono contratti, e solo raramente è possibile dedicarsi alla programmazione e alla riflessione sui momenti del percorso terapeutico. Lo studio si è avvalso di un campione di 116 casi clinici costituiti da terapie familiari, individuali e di coppia, scelte in base ai seguenti criteri:

- tutte le terapie sono state iniziate e concluse in un arco di tempo di 10 anni, dal 1997 al 2007;
- le terapie sono state condotte individualmente o in coppia da due psicoterapeuti sistemiche [8], in spazi fisici dedicati, ma non attrezzati con gli ausili specifici della terapia familiare: specchio unidirezionale, videocitofono, videoregistrazione;

- tutte le terapie sono state registrate in una cartella clinica dove si annotano i seguenti dati:
 - i componenti del sistema e i dati anagrafici e personali salienti (lavoro, età, ecc.)
 - sistema in cui si è manifestato il problema, inviante e storia dell'invio
 - analisi della domanda e del problema presentato
 - valutazione clinica e tipo di intervento previsto equiparabile al contratto terapeutico con ipotesi del numero di sedute
 - diari della terapia con la sintetica registrazione dei passaggi salienti, nonché le tecniche terapeutiche utilizzate e la ridefinizione con i compiti o le prescrizioni.

C'è da sottolineare che dalla fine dell'indagine possiamo contare un numero crescente di terapie.

LO STRUMENTO DELL'INDAGINE

Per l'indagine è stato utilizzato un questionario elaborato dagli allievi del quarto anno di training della scuola di formazione IPRA [9], per un seminario sull'analisi delle psicoterapie svolte in quel contesto. Il questionario, gentilmente concesso dal gruppo supervisionato dal dott. Walter Bernucci [10], è parso utile perché riesce a sistematizzare e valorizzare il quadro di riferimento teorico e tecnico di un lavoro psicoterapeutico impegnativo che, per quanto detto in premessa, rappresenta un atto conoscitivo interessante. È stato compilato un questionario per ciascuna psicoterapia esaminata, prendendo in considerazione i dati informativi tipici della terapia familiare strutturale e gli indicatori di cambiamento, secondo i dati riportati dai terapeuti stessi, nella cartella clinica.

L'intero questionario è riportato nell'Appendice A (le uniche variazioni apportate rispetto al questionario utilizzato dall'IPRA riguardano: la soppressione della domanda n. 3, poiché è impossibile sapere chi contatta telefonicamente per la prima volta il servizio, e la n. 17, perché i terapeuti non sono alle prime esperienze).

La terapia familiare e quella di coppia rappresentano l'intervento terapeutico più richiesto (90% dei casi) da parte dell'utenza; questo dato va collegato alla presenza di psicoterapeuti sistemici nel servizio già da alcuni anni, dato di contesto conosciuto dagli invianti e dall'utenza stessa (Figura 1).

Nel corso del trattamento psicoterapeutico, il 5% dei pazienti, che chiede in prima battuta una psicoterapia individuale, accetta la proposta di un lavoro terapeutico con il partner o con il nucleo familiare, in seguito all'analisi della domanda e alla ridefinizione del problema. A questo proposito si è utilizzata la Griglia di Lettura di Harrison Cancrini.

ITEM N. 1: ANNO DI INIZIO DELLA TERAPIA

A fronte del 15% di richieste nei primi anni di lavoro, abbiamo circa l'85% di richieste nel periodo che va dal 2002 al 2007 (Figura 2).

Figura 1. Attività psicoterapeutica del Consultorio Familiare: descrizione del campione preso in esame.

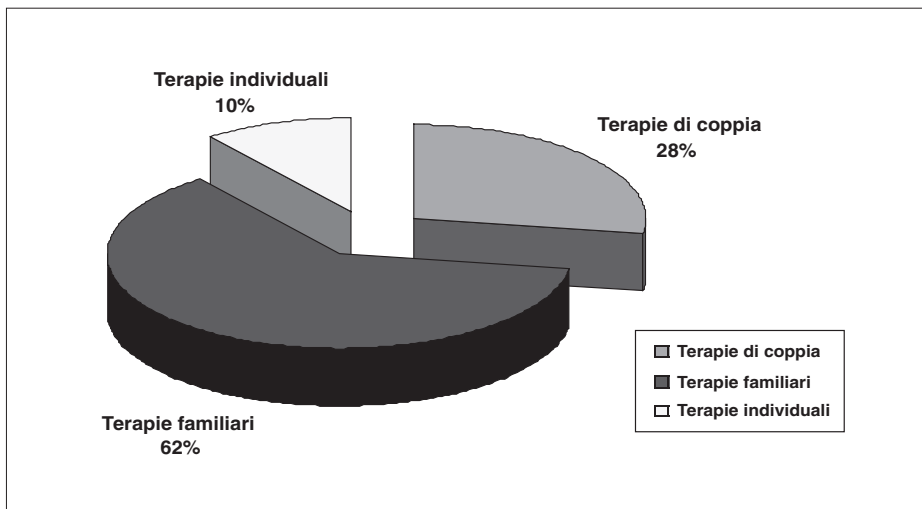
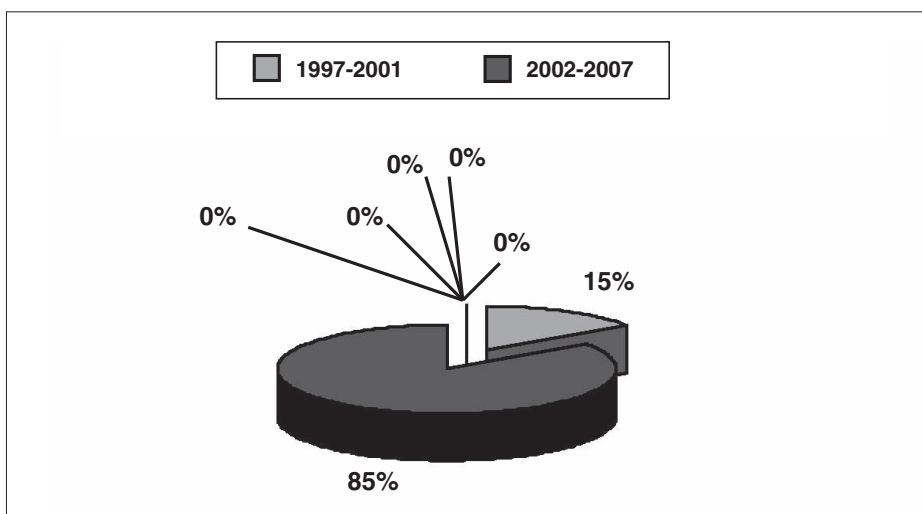


Figura 2. Anno d'inizio della terapia.



Dalla lettura dei dati risulta evidente il progressivo e consistente aumento della richiesta di psicoterapia nel decennio preso in considerazione.

Questo aumento di richieste conferma che la costruzione di un'offerta terapeutica specifica induce la domanda, a fronte di un'informazione che si diffonde e che attiva l'aumento della domanda stessa. Altresì è ipotizzabile che la costru-

zione di risposte adeguate al bisogno terapeutico rappresenti un importante veicolo di diffusione della proposta di psicoterapia.

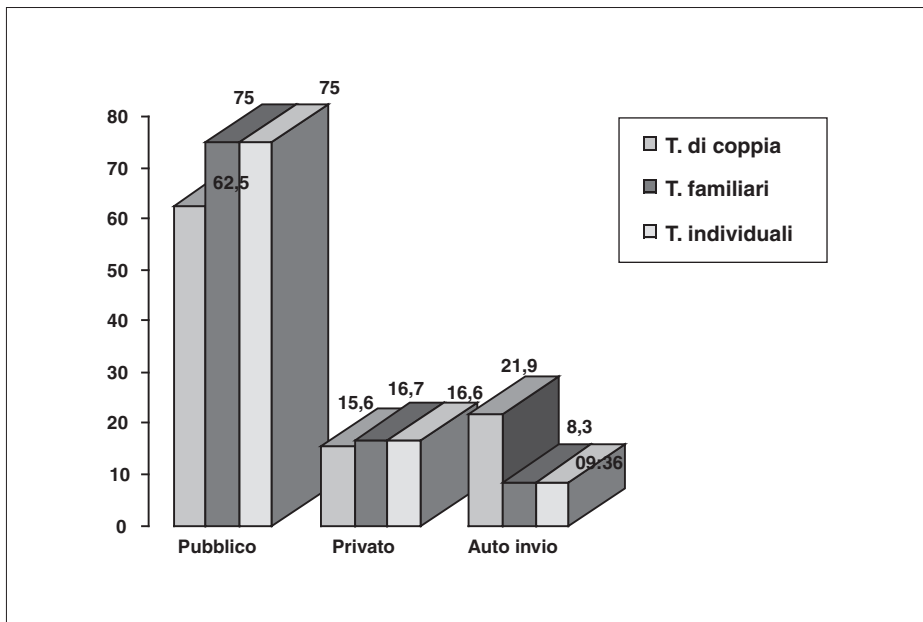
ITEM N. 2: L'INVIO

L'invio più frequente proviene da altri contesti pubblici (Servizi sociali degli Enti locali, Servizi territoriali ASL, MMG, Tribunale per i Minori, ecc.); al secondo posto c'è il contesto privato: specialisti, colleghi o associazioni del privato sociale; infine, c'è l'invio fatto attraverso il "passaparola". Per quanto riguarda l'invio fatto da servizi pubblici, è da rilevare che nel nostro territorio non erano presenti, nel periodo in esame, altri centri di psicoterapia familiare pubblici (quindi gratuiti per gli utenti), mentre tutti coloro che operano nel sociale ne riconoscono la necessità per una molteplicità di situazioni. Interessante è il dato sull'autoinvio che riguarda soprattutto le coppie. La conflittualità di coppia viene più frequentemente percepito come fonte di disagio (Figura 3).

ITEM N. 3: CONTATTO IPRA

L'item n. 3 del questionario non è stato preso in esame in questa indagine, poiché nel servizio pubblico è difficile rilevare a posteriori chi abbia contattato per primo il consultorio.

Figura 3. Psicoterapie e inviante.



ITEM N. 4: PROBLEMA PRESENTATO DALLA FAMIGLIA/COPPIA/INDIVIDUO IN PRIMA SEDUTA

La maggior parte degli utenti si presenta in prima seduta, grazie all'inviante e all'informazione che si tratta di un servizio di Psicoterapia Familiare, con un problema familiare, ma non ne è pienamente consapevole (Tabella 1). Il primo incontro, attraverso il lavoro per l'analisi della domanda e della diagnosi, evidenzia che le problematiche sono collegate dalle famiglie, dalle coppie o dal singolo a varie cause; per quanto riguarda il nostro campione, abbiamo raggruppato in quattro aree quanto emerso nel lavoro di analisi della richiesta di aiuto:

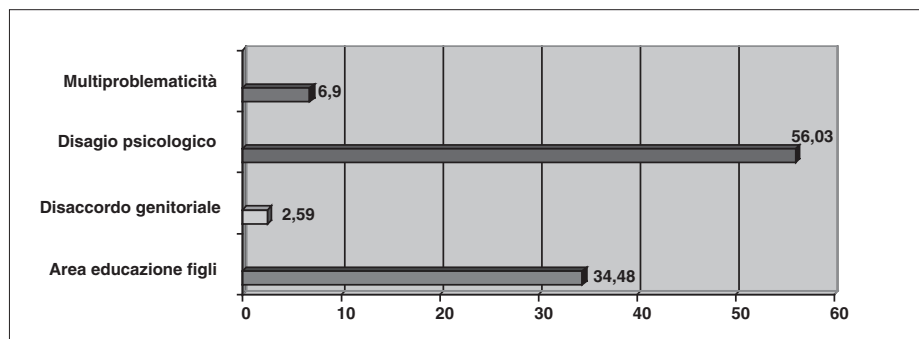
- *Area educazione figli*, comprendente le problematiche presentate come inerenti l'educazione dei figli, in particolar modo se già diagnosticate da altri servizi;
- *Disaccordo genitoriale sull'educazione dei figli*, esplicitato come contrasto e conflitto genitoriale manifesto, in merito anche all'educazione dei propri figli;
- *Disagio psicologico*, presentato e individuato come unico problema del singolo individuo;
- *Multiproblematicità*, intesa come compresenza esplicita nel nucleo familiare di diverse tipologie di disagio (Figura 4).

Questo dato mette in evidenza l'importanza del lavoro di ridefinizione del problema, che consente di superare l'abitudine mentale, molto frequente nelle famiglie, di attribuire il disagio al singolo individuo.

TABELLA 1. Problema presentato in prima seduta.

Tipo di problema	Frequenze	Percentuali %
Problemi coniugali	20	17,25
Problemi familiari	75	64,65
problemi genitoriali	9	7,75
problemi dei figli	66	56,9
Problemi individuali	21	18,1

Figura 4. Aree problematiche riportate in prima seduta.



ITEM N. 5: DIAGNOSI PRECEDENTE DELLA FAMIGLIA/COPPIA/INDIVIDUO

Le diagnosi con cui circa il 59% degli utenti considerati arriva in prima seduta (Figura 5) si distribuiscono all'interno delle aree riportate nella Figura 6.

L'analisi dei dati e dei grafici evidenzia che all'interno del sottocampione "diagnosi già presenti", per ben il 63% dei casi, la diagnosi riferita al singolo individuo riguarda l'area delle nevrosi. Le diagnosi riguardanti l'area delle psicosi o del disturbo borderline di personalità si suddividono quasi equamente nella restante minoranza del sottocampione.

Questo dato è congruo con il contesto terapeutico studiato, inserito in un servizio di prevenzione e cura, come quello consultoriale.

Figura 5. Famiglie/coppie/individui che arrivano con una precedente diagnosi individuale.

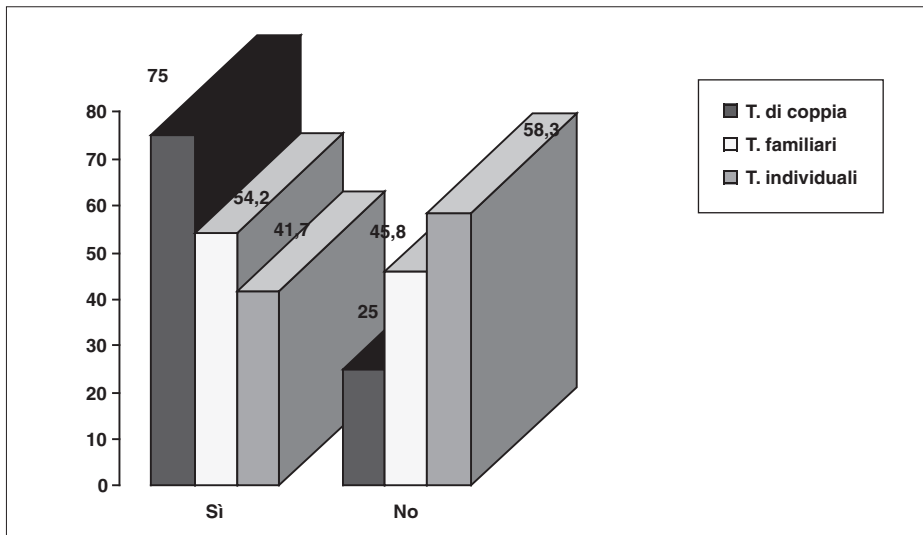
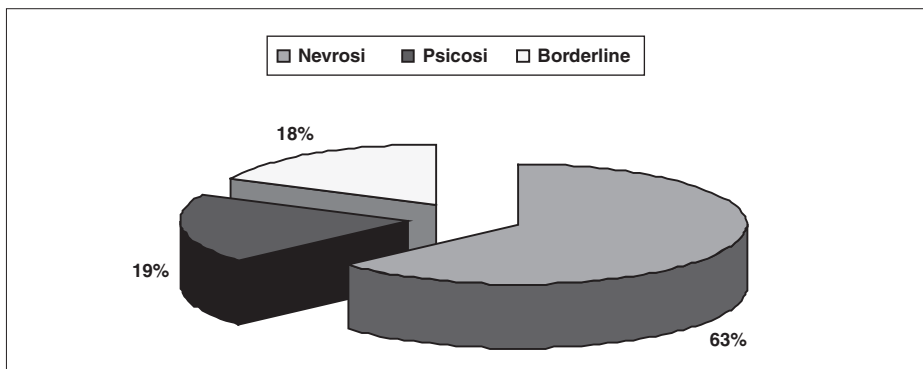


Figura 6. Con quale diagnosi viene la famiglia/coppia/individuo.



Si è ulteriormente analizzata la tipologia diagnostica presentata dalle famiglie/coppie/individui constatando che la diagnosi individuale più frequente è quella di disturbo depressivo (26,8%). Nell'area psicotica le problematiche presentate riguardano l'area del conflitto di coppia e il disturbo maniaco-depressivo, entrambi con valori del 33,3%, ma in alcuni casi, come nelle famiglie multi-problematiche, sono presenti più membri con diagnosi già effettuate da altri servizi (Tabella 2).

ITEM N. 6: ESPERIENZE PSICOTERAPEUTICHE PREGRESSE

Il 64% degli utenti del consultorio è alla prima esperienza psicoterapeutica mentre il 36% ne ha già fatta una precedentemente (Figura 7). È stata successivamente fatta un'analisi dettagliata di questo item, all'interno delle specifiche terapie intraprese i cui risultati sono riportati nel grafico che segue (Figura 8).

Da questa analisi emerge un dato particolarmente interessante: gli utenti che chiedono una psicoterapia nella maggior parte dei casi non hanno mai effettuato altre terapie o altri colloqui psicologici. Il 40,6% delle coppie che chiedono una terapia riferisce di essersi già sottoposto ad un'altra terapia di coppia in precedenza (Figura 8).

TABELLA 2. Analisi dettagliata delle diagnosi presentate dalle famiglie/coppie/individui.

	Disturbi	Frequenze	Percentuali
	Nevrosi isterica	0	0,00
	Nevrosi fobica	5	12,20
	Nevrosi d'ansia	8	19,51
	Nevrosi ossessiva	0	0,00
	Disturbi della sfera sessuale	0	0,00
Nevrosi	Conflittualità di coppia	4	9,76
	Disturbi depressivi	11	26,83
	Disturbi psicosomatici	0	0,00
	Disturbi d'ansia	1	2,44
	Tossicodipendenza	1	2,44
	Disturbi alimentari	6	14,63
	Problemi legati alla genitorialità	5	12,20
	Disturbi alimentari	0	0,00
	Tossicodipendenza	1	8,33
Psicosi	Disturbi della sfera sessuale	0	0,00
	Schizofrenia	1	8,33
	Depressione maggiore	2	16,67
	Depressione maniaco-depressiva	4	33,33
	Conflitto di coppia	4	33,33
Disturbo borderline		12	17,65

Figura 7. Esperienze psicoterapeutiche pregresse.

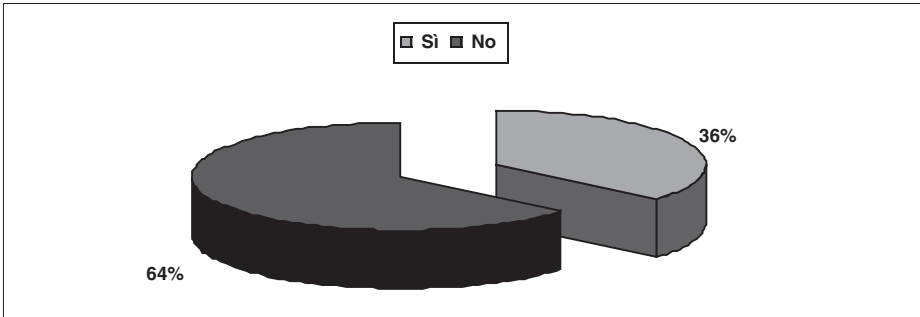
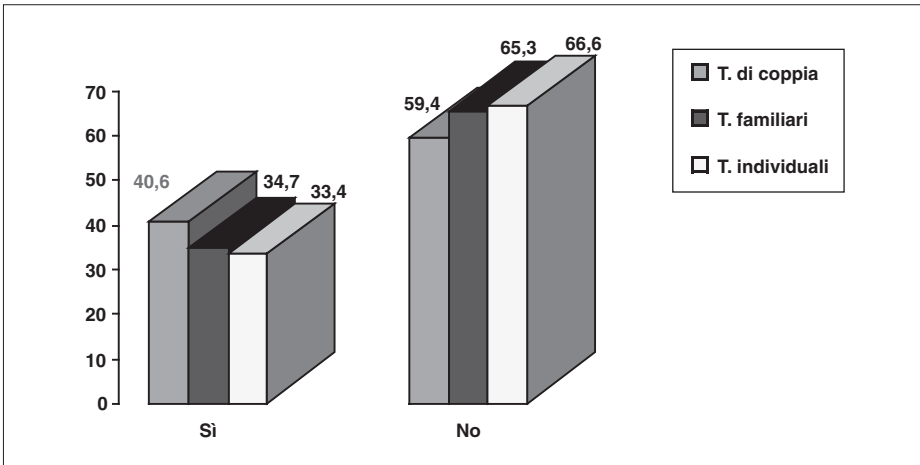


Figura 8. Esperienze psicoterapeutiche pregresse relative alle singole aree terapeutiche.



Approfondendo questo dato è emerso che, in realtà, i pazienti raccontano di operatori, medici e psicologi che, pur non avendo una reale formazione sistemica (in base alla loro conoscenza), avevano probabilmente tentato di lavorare con la coppia “per salvare la famiglia”.

Questi tentativi, certamente mossi da buone intenzioni, hanno tuttavia portato al perdurare di una sofferenza irrisolta legata o al singolo componente della coppia o alla coppia stessa, sofferenza che spinge ancora una volta alla richiesta di terapia.

È evidente che, nel nostro contesto culturale e territoriale, la coppia rappresenta ancora un valore su cui spendere energie, perché ricca di investimenti esistenziali ed emotivi; alla coppia è attribuita anche un'importante funzione genitoriale che, nelle situazioni di disagio psichico o di conflittualità, si percepisce impoverita e dannosa per i figli.

ITEM 7 E 8: SISTEMA CHE SI È PRESENTATO IN PRIMA SEDUTA E SISTEMA PRESO IN CONSIDERAZIONE

Confrontando i dati relativi a chi fa la richiesta e quale tipo di richiesta avanza in prima seduta con quelli relativi al sistema che viene poi in realtà seguito in terapia, si può ipotizzare che, nella fase di analisi della domanda, se il terapeuta crea alleanze terapeutiche e riletture sistemiche della situazione riesce ad indirizzare in modo costruttivo verso la terapia familiare (Figura 9).

ITEM N. 9: FASE DI CICLO VITALE IN CUI AVVIENE LA RICHIESTA (IL QUANDO DELLA RICHIESTA)

Il sistema che maggiormente fa richiesta di terapia è quello costituito da famiglie con figli adolescenti (40%), seguito dalle famiglie con bambini (31%), e dai giovani adulti in fase di svincolo, fase di organizzazione della propria vita (20%) (Figura 10).

ITEM N. 10: FASE DEL CICLO VITALE IN CUI AVVIENE L'ESORDIO SINTOMATICO (IL QUANDO DEL SINTOMO)

L'adolescenza si rivela ancora come la fase di ciclo vitale più problematica sia per la famiglia sia per l'adolescente che fa richiesta di aiuto. La letteratura è ricchissima di analisi e quella sistemica pare la più utile a spiegare la complessità di un fenomeno di disagio che oggi sta diventando emergente, mancando soluzioni educative funzionali, a livello di micro e macro sistema (Figura 11). Un'analisi di questo dato e della problematica cui fa riferimento è stata pubblicata in altro articolo [8].

Figura 9. Comparazione sistema presentatosi in prima seduta e sistema che viene poi preso in considerazione.

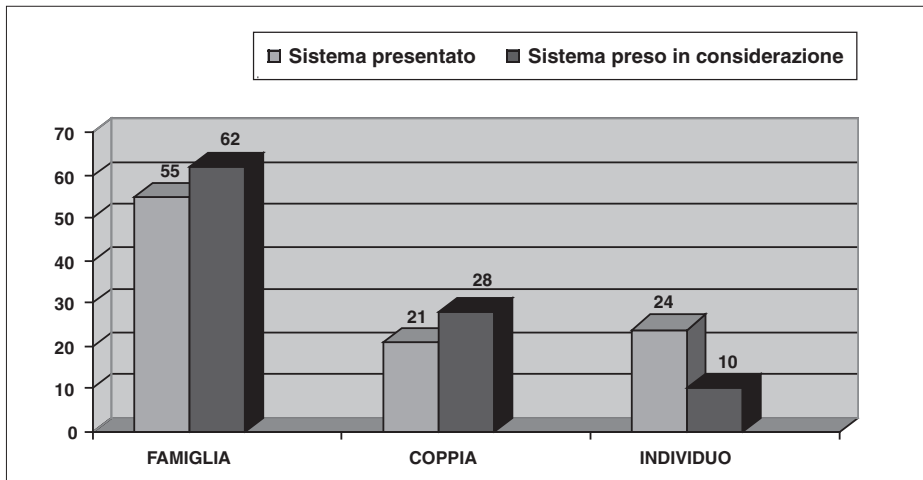


Figura 10. Fase di ciclo vitale in cui avviene la richiesta.

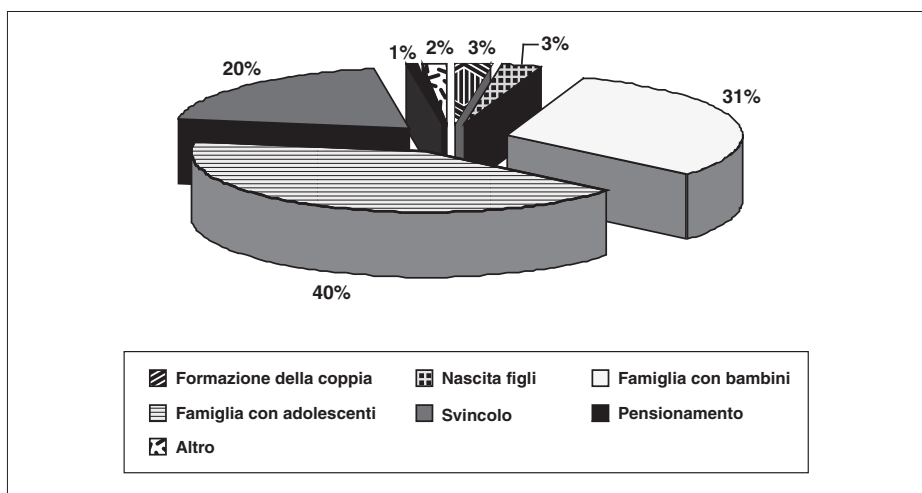
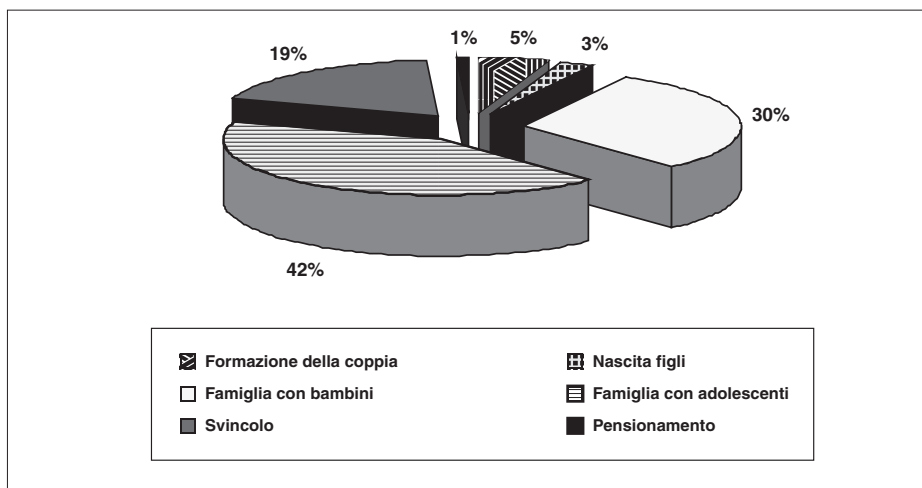


Figura 11. Fase del ciclo vitale in cui avviene l'esordio sintomatico.



ITEM N. 11: RIDEFINIZIONE DEL PROBLEMA E DIAGNOSI RELAZIONALE

La possibilità di identificare il problema presentato nei termini di una ridefinizione dello stesso è sicuramente una specificità della psicoterapia sistemica che ha abbandonato il modello medico della “Diagnosi”, espressione della reificazione di una mera descrizione, resa inintelligibile dalla difficoltà

della terminologia. La ridefinizione aiuta il terapeuta a fare una diagnosi sistemica esplicativa del disagio; in termini batsoniani spiega il problema rileggendolo da un'angolazione diversa. La difficoltà di svincolo, l'invischiamento, la triangolazione risultano le ridefinizioni del problema più frequenti, sulle quali i terapeuti hanno concentrato il lavoro con i sistemi terapeutici (Tabella 3).

TABELLA 3. Ridefinizione del problema.

Tipologia	Frequenza	Percentuale %
Triangolazione	66	21,29
Configurazioni disfunzionali	42	13,55
Mancanza di gioco di squadra genitoriale	21	6,77
Difficoltà strutturali	162	52,26
Patologia della comunicazione	19	6,13

ITEM N. 12: CONTRATTO TERAPEUTICO

Si è riusciti a stipulare un contratto terapeutico con il sistema nel 74% dei casi. L'alta percentuale si spiega in parte con una maggior necessità di definizione del contesto dell'intervento e delle sue regole nel servizio pubblico, nel quale gli invii non sono sempre ben definiti e in parte con lo stile delle terapeute improntato alla massima chiarezza (Tabella 4).

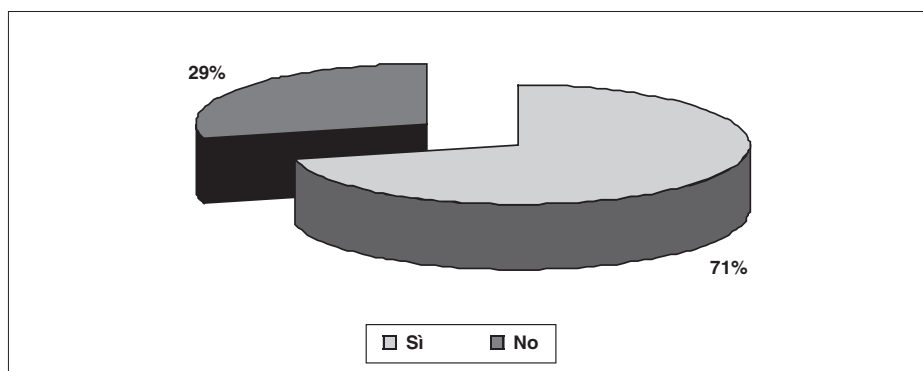
Stabilire che cosa in particolare appaia più urgente o più doloroso o utile è apparsa una necessità dei terapeuti. Il contratto nasce dal definire i metacontesti reciproci e dal co-costruirne uno condiviso dal sistema terapeutico *in toto*. Pensiamo alle famiglie multiproblematiche o alle terapie coatte che richiedono, lungo il percorso terapeutico, lunghissime e ripetute fasi sociali necessarie alla contrattazione terapeutica sul motivo dell'invio terapeutico, spesso o sempre percepito in modo distorto a causa della incapacità del sistema disfunzionale ad accettare la terapia.

Viceversa nelle situazioni in cui sono evidenti aspettative di "salvazione" o "giustizialiste", il contratto è necessario per definire l'obiettivo terapeutico o, in altri termini, che titolo dare alla rappresentazione familiare a cui si partecipa; infine, ci sono aspetti formali vincolanti: si è tenuti a monitorare mensilmente il lavoro svolto e a far firmare al paziente ciascuna prestazione, a fronte dell'assenza di qualunque forma di pagamento.

TABELLA 4. Contratto terapeutico.

Tipologia	Frequenze	Percentuali %
Presente	86	74,14
Cambiamento in itinere	5	4,31
Assente	25	21,55

Figura 12. Attivazione del processo terapeutico.



ITEM N. 13: ATTIVAZIONE DEL PROCESSO TERAPEUTICO

Gli sforzi terapeutici e la strutturazione del lavoro clinico sono stati diretti a focalizzare i seguenti aspetti:

- l'analisi della domanda;
- il processo diagnostico;
- la formulazione di progetti terapeutici specifici;
- il contratto terapeutico;
- la metodologia di intervento e le tecniche più frequentemente utilizzate.

L'elevata attivazione di processi terapeutici può spiegarsi con la strutturazione nel tempo di un "percorso terapeutico" mirato e sempre più definito, utile come percorso diagnostico-terapeutico per diverse patologie psichiche (Figura 12). La medicina dell'evidenza chiede oggi che siano definite modalità operative standard e definite le aree di competenza degli operatori del sistema terapeutico, per procedere nella "giungla" del servizio sanitario pubblico dove la psicoterapia appare ancora, come già detto, alla stregua di una specie animale, bella e utile, ma non protetta come le altre.

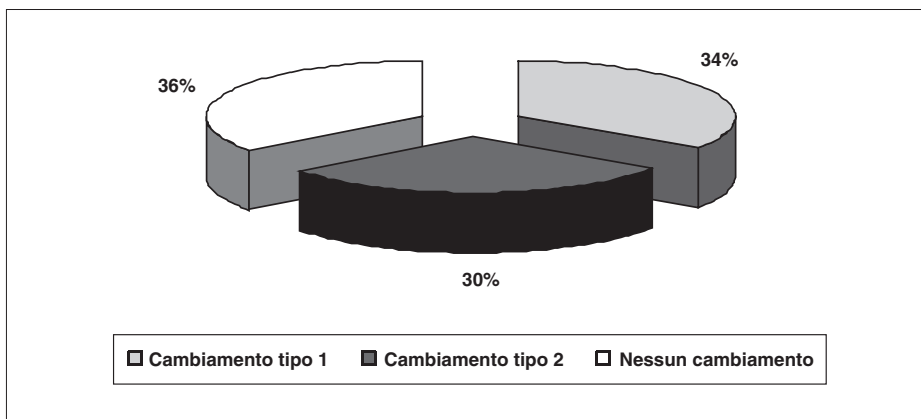
ITEM N. 14: TIPO DI CAMBIAMENTO

I dati emersi lasciano ipotizzare che non è il tipo di contesto terapeutico a caratterizzare la percentuale di insuccessi, mentre la percentuale di terapie con cambiamento significativo per il benessere e la funzionalità del sistema risulta elevata e congrua con l'attivazione di processi terapeutici (Figura 13).

ITEM N. 15: TERAPIA CONCLUSA (CONDIVISA) CON ULTIMA SEDUTA

Il numero piuttosto alto di terapie concluse in modo non condiviso dal terapeuta e dal sistema consente di ipotizzare che nel servizio pubblico non ci sia la vo-

Figura 13. Tipo di cambiamento avvenuto.



glia di comunicare le proprie intenzioni a voler sospendere la terapia; si potrebbe ipotizzare la tendenza degli utenti ad aspettarsi “sicuramente un risultato” e ad utilizzare il servizio di psicoterapia con modalità “usa e getta” (Figura 14).

ITEM N. 16: NUMERO DI SEDUTE EFFETTUATE

La percentuale più elevata è quella delle terapie nelle quali si è effettuato un numero di sedute compreso fra uno e nove. Il tipo di aspettativa e una modalità “usa e getta” del servizio potrebbero essere correlate con questo dato; ricordiamo che il 29% di terapie non decolla (Figura 12) (Tabella 5).

Si potrebbe ipotizzare che, nonostante la gratuità del servizio e il tipo di accoglienza, l’impegno emotivo che sottende la richiesta di terapia per sé o per un figlio sia tale che, o l’utente ritiene di potersi alleare con i terapeuti e mettersi in

Figura 14. Percentuale di terapie concluse in modo condiviso.

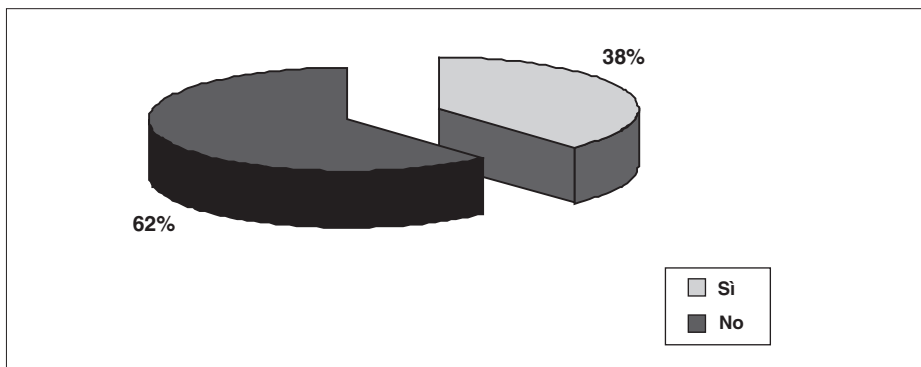


TABELLA 5. Numero sedute effettuate.

N. sedute	Frequenza	Percentuale
Da 1 a 9	77	66,38
Da 10 a 19	21	18,10
Più di 20	18	16,52

gioco investendo risorse emotive in un arco di tempo relativamente breve in cui ottenere dei risultati, o sceglie di lasciare, accontentandosi di miglioramenti effimeri. L'insoddisfazione o la paura del cambiamento potrebbero pesare sulla decisione di interrompere senza il parere esplicito del terapeuta. Altro motivo già ampiamente discusso in letteratura [7] è legato a motivazioni implicite nel chiedere una terapia per dimostrare a se stessi, al coniuge o all'inviante, di aver fatto anche questo tentativo, che ci si è provato, ma che nulla cambia.

ITEM N. 17: FOLLOW-UP

La presenza di terapie in cui si è fatto o avuto indirettamente un follow-up è piuttosto bassa e si spiega con la difficoltà di ricontattare le persone per il particolare carico di lavoro nel contesto, e perché in molti casi era passato troppo tempo dall'ultima seduta. Inoltre, non esiste questo bisogno per il terapeuta, se non connesso con un intento speculativo come ad esempio una ricerca o un'indagine. Possiamo comunque aggiungere che nel tempo abbiamo avuti altri feedback indiretti, ma non abbiamo potuti aggiungerli ai dati già elaborati (Figura 15).

CONCLUSIONI

All'inizio di questa indagine di natura autoriflessiva ci siamo posti i seguenti obiettivi:

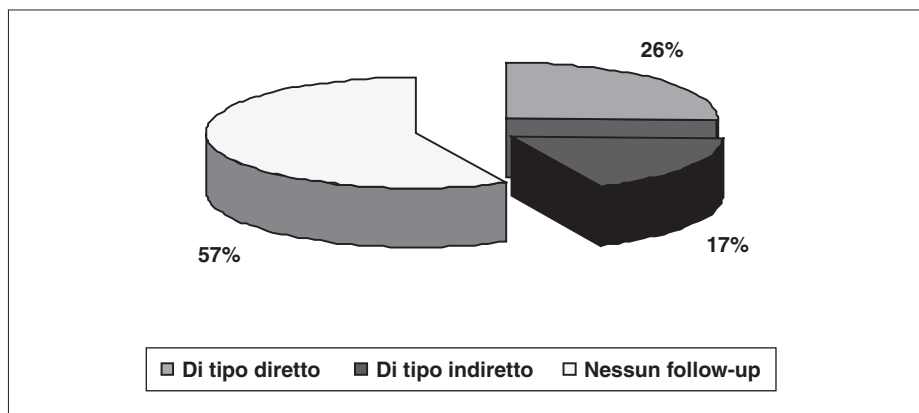


Figura 15. Tipo di follow-up eseguito.

- analizzare le psicoterapie effettuate in un Consultorio Familiare di un'Azienda Sanitaria Locale per capire se e quanto il contesto ambientale, professionale e sociale influisca sul fare terapia o se esso possa essere una variabile non determinante, quando il metacontesto del terapeuta è guidato da un modello terapeutico utile alla problematica e alla richiesta di aiuto dell'utente;
- dare infine un contributo all'acceso dibattito sulla possibilità del servizio pubblico di offrire e con quale modalità una risposta psicoterapeutica valida alle richieste dell'utenza.

Le riflessioni conclusive sul lavoro svolto e ampiamente discusso sono di natura quantitativa e qualitativa.

La prima è che i dati numerici relativi alle psicoterapie effettuate in un servizio pubblico consultoriale evidenziano risultati formali che non si discostano da quelli rilevati da ricerche dello stesso tipo sulla psicoterapia sistemica, svolte in contesto privato e già pubblicate. Le differenze relative al setting e al contesto ambientale e normativo sembrerebbero non risultare dunque determinanti ai fini dei risultati della psicoterapia.

Si evidenzia che là dove i terapeuti lavorano sulla base di un pensiero forte, alimentato da interesse e passione nei confronti della terapia stessa, riescono a produrre buoni risultati terapeutici, indipendentemente dal setting e dal tipo di terapia: familiare, di coppia e individuale.

D'altronde l'analisi della domanda richiede l'accoglienza della richiesta di aiuto, che spesso viene posta in modo sofferto, ma confuso e una risposta empatica, nel senso inteso da Whitaker, che riesca ad ascoltare le istanze personali dell'utente e aiuti il terapeuta ad allargare il focus e a modificare la "lettura del problema" fin lì percepita o ricevuta da altri specialisti o persone significative. Il processo diagnostico implica una visione epistemologica in cui il disagio sia contestualizzato all'interno di un sistema relazionale disfunzionale, nel quale quell'individuo o quegli individui non sanno più dove stanno andando e come mai tutto questo accada; essi vogliono sapere qual è il nome della loro infelicità, della loro sofferenza: è giusto darlo senza etichettature designanti, ma anche senza mistificazioni. La diagnosi relazionale, con la sua ricchezza interpretativa e la messa in atto di una lettura a diversi livelli e su periodi storici diversi, implica modelli di intervento sempre più utili ed efficaci sia nelle situazioni nevrotiche sia in quelle a transazione psicotica.

La formulazione di progetti terapeutici specifici va intesa come conseguenza delle due precedenti azioni terapeutiche e trova corpo nella fase di conoscenza del sistema, di decodifica del sintomo, di co-costruzione terapeutica attraverso il coinvolgimento attivo dell'inviante in correlazione alla complessità della problematica.

Il contratto terapeutico non può essere inteso come un dogma o qualcosa di imprescindibile, ma deve risultare da un movimento di adesione e alleanza a più livelli in un difficile gioco terapeutico, in cui il Sé del terapeuta agisca da radar ed intercetti i segnali di disagio, dando priorità a ciò che appare più urgente o grave. Il terapeuta, catalizzatore di speranze, interagisce a più livelli relazionali con i sottosistemi gerarchici nella famiglia e con i sottosistemi emotivi della coppia:

«L'essere coppia, l'essere genitori dei propri figli, l'essere figli ognuno della propria madre e del proprio padre» [10].

La metodologia di intervento e le tecniche più frequentemente utilizzate portano a scelte strategiche o strutturali flessibili a seconda della problematica affrontata, ma anche del tipo di realtà familiare o di coppia con cui si lavora, attenti a rispettare la cultura, le scelte esistenziali e sessuali, le aspettative, i desideri; consentono anche ai terapeuti di non restare intrappolati nelle trame delle relazioni disfunzionali, pur consapevoli dei propri inevitabili pregiudizi mentali.

Più in generale, possiamo affermare che non sono tanto il setting o il modello terapeutico a determinare la positività degli interventi, ma sono gli psicoterapeuti con il loro bagaglio mentale, le loro idee, la loro epistemologia e non ultima la loro etica a segnare il lavoro terapeutico.

Per quanto riguarda il metacontesto dei pazienti, le frequenti squalifiche del servizio sanitario a livello di mass media, l'apparente gratuità e la mancanza di setting definiti "puliti" sono variabili che non condizionano in modo significativo l'alleanza terapeutica, se il paziente si sente accolto come persona. L'importanza della relazione terapeutica, di cui oggi si discute sia in termini di risonanza sia in termini di emozioni e vissuti transferali e controtransferali, deve essere la guida per ogni riflessione sul fare terapia; ciò è tanto più vero se nel servizio pubblico la psicoterapia sistemica, che è una tessera di un mosaico di cure spesso medicalizzate e avulse a livello diagnostico e terapeutico dall'esistenza della persona e dalla sua complessità, si pone come punto di riferimento per progetti di cura multidimensionale o promotrice di lavoro di rete e di interventi tra ecosistemi diversi.

Non ci sono dunque scuse per non sfruttare le risorse dei contesti pubblici anche in senso psicoterapeutico, aumentando il numero di psicoterapeuti adeguatamente formati ad accettare e calarsi nel sempre difficile lavoro di cura della sofferenza psichica.

Il tipo di richiesta che arriva al servizio pubblico spesso è quello più complesso, perché necessita di una lettura a livello di mesosistemi e di macrosistemi, da prendere senz'altro in considerazione.

La nostra epoca, caratterizzata apparentemente dal predominio dell'informazione e della comunicazione, che in realtà è gestita adeguatamente da pochi, vive una fase di profonda incertezza socioeconomica che colpisce i più (vedasi la crisi economica che ha dilagato soprattutto in occidente) caratterizzata da un aumento di livelli di povertà e dunque di disagio sociale che qualcuno dovrà accogliere in termini di disagio esistenziale. A questo si aggiunge, a livello culturale, l'imporsi di valori deboli, in cui predomina un pensiero caratterizzato dal pessimismo e dal nichilismo e parimenti dall'esaltazione dell'individualismo ad ogni costo. Non ci possiamo permettere di eludere la domanda di psicoterapia e di aiuto che sempre più numerosa e pressante arriva dalle persone. La terapia familiare appare più che mai efficace e utile a contrastare un pensiero esistenziale, una *Weltanschauung* negativa.

Il tema è presente nel dibattito culturale e politico da molti anni [11,12]. Eppure l'accessibilità alla psicoterapia da parte di molti è uno degli indicatori di

qualità in quanto esprime il massimo che un sistema sanitario può mettere a disposizione dei cittadini, incrementando così la propria efficienza e diminuendo di molto la spesa sanitaria correlata.

Fasce della popolazione non abbiente, non in grado quindi di sostenere i costi di una psicoterapia a livello libero professionale e che, rivolgendosi ai servizi sanitari pubblici, spesso ricevono solo dei trattamenti di urgenza ed emergenza, sono dunque precluse di fatto all'accesso alla psicoterapia.

Quest'articolo dunque vuole essere uno stimolo ad "uscire dalle stanze di terapia" [13] per spingere ad una maggiore consapevolezza i terapeuti sistemici che con fatica vivono nei servizi pubblici [14].

BIBLIOGRAFIA

1. Convegno "ALBA, trasformazione e "deriva" della terapia familiare del Centro Studi di Terapia Familiare, 13-15 novembre 2003.
2. Cfr. rubrica "L'idea nuova" della rivista *Ecologia della Mente*.
3. Legge 405/75 "Servizio di assistenza alla famiglia e alla maternità".
4. LEA, Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29/11/2001, confermato il 5/3/2007.
5. Proposta di legge Cancrini "Norme per l'accesso alla psicoterapia", presentata nell'anno 2006.
6. Korzybski A. *Scienza e sanità*. In: Bateson G. *Mente e Natura*. Milano: Adelphi, 1987.
7. Selvini Palazzoli M. *Il mago smagato*. Milano: Feltrinelli, 1976.
8. Galassi A. *Il contesto e le scelte*. In: AAVV. *Quaderni Planus*. Chieti: ITAM, 2009.
9. Bruni F, De Filippi PG. *Memoria e valutazione dell'esperienza clinica*. *Ecologia della Mente* 2005.
10. Bowen M. *Dalla famiglia all'individuo*. Roma: Astrolabio, 1979.
11. Giarrizzo E, Guzzo P, Lo Verso G, Papa M. *La psicoterapia nei servizi pubblici*. Milano: Giuffrè 1989.
12. Fava E. *Modelli di ricerca e psicoterapia nei servizi pubblici*. *Ricerca in Psicoterapia* 1999.
13. Vinci G. *Dentro e fuori dalle stanze di terapia: lo psicoterapeuta homo civicus*. *Ecologia della Mente* 2007; 1: 4-14.
14. Harrison L, Cancrini MG. *La trappola della follia*. Roma: NIS, 1983.

Appendice

Questionario

1. In che anno hai cominciato a seguire la terapia?
.....

2. Chi ha fatto l'invio?
 Pubblico
 Privato (es. Ceis, medico privato, ecc.)
 Passaparola (es. amico)

3. Chi ha contattato l'IPRA?
 Padre/marito/fidanzato figlio/a
 Madre/moglie/fidanzata parente

4. Con quale problema viene la famiglia/coppia/individuo (in prima seduta)?
.....

5. La famiglia/coppia/individuo viene già con una diagnosi?
 Sì

a. Nevrosi
 Nevrosi isterica Nevrosi fobica Nevrosi d'ansia
 Nevrosi ossessiva Disturbi sfera sessuale Conflitti di coppia
 Disturbi depressivi Disturbi psicosomatici Disturbi d'ansia
 Tossicodipendenza (A-B) Disturbi alimentari (A-B) Problemi legati alla genitorialità
 Altro

b. Psicosi
 Disturbi alimentari (C) Tossicodipendenza (C-D) Disturbi sfera sessuale
 Schizofrenia Depressione maggiore Depressione maniaco-depressiva
 Conflitto di coppia
 Altro

c. Borderline
 No

6. Esperienze terapeutiche pregresse:
 Sì

No

7. Sistema familiare che si è presentato:
.....

8. Sistema preso in considerazione:
.....

9. In quale fase del ciclo vitale la famiglia chiede l'incontro?
.....

10. In quale fase del ciclo vitale è sorto il sintomo?

.....

11. Ridefinizione del problema:

- Triangolazione Coalizione Deviazione
- Genitore periferico Nonno/a assente

- Figlio genitoriale Parental child Mancanza di genitorialità
- Mancanza di gioco di squadra genitoriale Invischiamento

- Relazione Simmetrica Relazione complementare Relazione pseudo-complementare

- Difficoltà di svincolo/individuazione Difficoltà di emancipazione dalle famiglie d'origine

- Altro

12. Contratto terapeutico:

- Presente

- Cambiamento del contratto in itinere
- Assente

13. Attivazione del processo terapeutico:

- Sì No

14. Tipo di cambiamento avvenuto:

- Di tipo 1 Di tipo 2
- Non è avvenuto nessun tipo di cambiamento

15. La terapia si è conclusa (condivisa con un'ultima seduta)?

- Sì
- Terapia ancora in corso
- No

16. Numero di sedute effettuate:

.....

17. Ordine cronologico della terapia, per il terapeuta (I terapia seguita, II terapia seguita...):

18. C'è stato un follow-up?

- Sì, di tipo diretto (telefonicamente, in stanza di terapia...)
- Sì, di tipo indiretto (contatto con altri operatori, ecc...)
- No
- Terapia ancora in corso