

Terapia breve strategica familiare

Viviana Horigian ¹

Michael Robbins ¹

José Szapocznik ¹

Abstract

La teoria clinica e la ricerca hanno attualmente identificato particolari modelli di interazione familiare legati ai problemi comportamentali degli adolescenti. Tale conoscenza ha reso possibile lo sviluppo di strategie d'intervento centrate sulla famiglia. E' in questo contesto che si inserisce il presente articolo, con il quale gli autori descrivono l'approccio denominato Brief Strategic Family Therapy (BSFT), sviluppato nel Centro di Studi Familiari dell'Università di Miami. La BSFT, basata sull'assunto che la famiglia ricopre un ruolo critico nello sviluppo, nel mantenimento e nel trattamento dei problemi comportamentali degli adolescenti, si pone come obiettivo il fornire alle famiglie gli strumenti necessari per superare sia tali problematiche sia le disfunzioni familiari che spesso li accompagnano.

¹ *Centro per studi sulla famiglia, Università di Miami, Miami, Florida, U.S.A.*

Introduzione

E' raro che i problemi di comportamento durante l'adolescenza appaiano isolati, è molto comune, invece, che si presentino raggruppati in combinazioni di comportamenti problematici, come marinare la scuola, vandalismo, partecipazione a bande e frequentazione di coetanei devianti, conflitti coi genitori, scarso rendimento scolastico, violenza, uso di droghe, comportamenti sessuali a rischio e delinquenza. Il dilagare dei problemi in diversi ambiti è spesso motivo di preoccupazione per i genitori, per il personale scolastico e per la società in genere.

Gli adolescenti con problemi di comportamento rappresentano inoltre una sfida importante per i professionisti della salute mentale. La maggioranza degli adolescenti sono inviati in terapia da una terza parte, come ad esempio i genitori, la scuola o il tribunale. I ragazzi, tipicamente, non sono preoccupati del proprio comportamento e questo, associato all'atteggiamento generalmente ricalcitante verso l'autorità, li rende piuttosto difficili da gestire nell'ambito del trattamento. La sfida per i consulenti della salute mentale è inoltre aggravata dal fatto che i problemi di comportamento capitano in situazioni familiari e sociali gravemente dissesate; problemi che la maggioranza dei terapeuti è mal preparata ad affrontare, ma che noi riteniamo elementi critici per la riuscita del trattamento. Per esempio, la teoria clinica e la ricerca hanno identificato particolari schemi di interazione familiare legati ai problemi comportamentali degli adolescenti. Questa nozione ha reso possibile lo sviluppo di strategie d'intervento centrate sulla famiglia e indirizzate a tali schemi. Un intervento che ha ricevuto notevole attenzione da parte degli studiosi è il **Brief Strategic Family Therapy (BSFT)**, intervento sviluppato nel corso di oltre 30 anni al Centro di Studi Familiari dell'Università di Miami. La BSFT è specificamente ideata per fornire alle famiglie gli strumenti necessari per superare sia i problemi comportamentali degli adolescenti sia le disfunzioni familiari che spesso accompagnano tali problemi attraverso: 1) interventi focalizzati a correggere modelli disfunzionali di interazione familiare, e 2) abilità nel preparare strategie che rafforzino le famiglie.

Fattori che proteggono dal rischio nel contesto culturale USA

I bambini, gli adolescenti e le loro famiglie non si sviluppano isolati dal loro contesto, sono anzi in costante interazione con esso. L'interfaccia tra individui, famiglie e sistemi sociali crea una realtà contestuale che comporta una combinazione di tipologie di rapporti la cui funzione è proteggere o identificare il ragazzo che rischia di sviluppare problemi comportamentali. Anche se tale prospettiva riconosce l'esistenza di diversi fattori individuali (per esempio l'identità personale) che possono intervenire per proteggere dal rischio, gli interventi centrati sulla famiglia si focalizzano principalmente sui rapporti che questa ha al suo interno, col gruppo dei pari (famiglia-pari), e con la scuola (famiglia-scuola). Per gli interventi centrati sulla famiglia come il BSF, la famiglia è il contesto primario per lo sviluppo e la socializzazione dei bambini e degli adolescenti. Una famiglia ben adattata è di aiuto nell'evitare che i bambini o gli adolescenti sviluppino problemi comportamentali. Per esempio, impegno da parte dei genitori, comunicazione ed intesa genitori-figli attiva ed aperta, controllo e supervisione dei rapporti con i pari, sono tutti fattori che si associano a una riduzione del rischio di andare incontro a problemi comportamentali. Al contrario, modeste attenzioni da parte dei genitori, seri conflitti

familiari e mancanza di controllo e supervisione delle attività dei figli durante l'adolescenza sono fattori che si associano a problemi di comportamento degli adolescenti (Szapocznik & Coatsworth, 1999). La sfida per la BSFT è utilizzare a proprio vantaggio l'energia delle famiglia e dei suoi singoli componenti per modificare il contesto relazionale in modo da ridurre il rischio ed aumentare la protezione.

Come altri approcci familiari al trattamento dei problemi comportamentali dell'adolescenza, anche la BSFT ammette l'influenza determinante di altri importanti sistemi che intervengono sui bambini e sugli adolescenti: in particolare la scuola e il sistema dei pari. Gli adolescenti con problemi comportamentali hanno spesso notevoli difficoltà a scuola: spesso vengono sospesi o espulsi e molti hanno una resa scolastica modesta. Le interazioni fra i giovani e il personale scolastico sono ostili, provocatorie e con un rifiuto reciproco. Sfortunatamente, in oltre, quando gli adolescenti manifestano problemi a scuola, molti genitori non hanno le capacità necessarie per minimizzare il danno che vi si crea. Nella BSFT gran parte dello sforzo è indirizzato a risanare questi rapporti e a ripristinare l'intesa fra l'adolescente (e i suoi genitori) e la scuola. Molto di questo lavoro consiste nell'incrementare le capacità dei genitori e nel migliorare i rapporti scuola-genitori per massimizzare la capacità di questi ultimi a funzionare da guida in questo aspetto della vita dei figli.

Un altro importante sistema di riferimento per gli adolescenti è la rete dei pari. La ricerca ha documentato con certezza che la frequentazione di pari devianti potrebbe essere il segno predittivo più significativo di problemi comportamentali durante l'adolescenza. Tale nesso non sorprende, considerata l'importanza delle relazioni con il gruppo dei pari durante l'adolescenza. Nella BSFT, grande attenzione è diretta a ridurre i legami dell'adolescente con i pari devianti sia migliorando le relazioni familiari, la capacità dei genitori di controllare e supervisionare le attività dell'adolescente, sia collegando gli adolescenti a una rete di pari più adeguata.

Teoria del problema: Strutturale-Sistemica

La BSFT è basata sulla teoria sistemica del funzionamento familiare. La famiglia è un **sistema** che influenza tutti i suoi membri, ha caratteristiche uniche e proprietà che emergono e sono evidenti solo quando i suoi membri interagiscono tra loro. Nella BSFT questa visione del sistema famiglia è evidente considerando i seguenti assunti: 1) la famiglia è un sistema le cui parti sono interdipendenti e interconnesse; 2) si può capire il comportamento di un membro della famiglia solo analizzando il contesto (e cioè la famiglia) in cui si manifesta; 3) gli interventi devono essere attuati a livello della famiglia e devono tener presente i complessi rapporti all'interno del sistema famiglia; 4) le famiglie sono incastonate all'interno di complessi sistemi sociali; 5) i sintomi del bambino sono associati a modelli di disadattamento nelle interazioni sociali con la famiglia e/o tra bambino/famiglia e l'ecologia sociale; 6) le interazioni sociali sono definite strutturalmente.

Capire la **struttura** della famiglia ci consente di spiegare i meccanismi tramite cui i comportamenti dei suoi membri sono interdipendenti. Nella BSFT, la visione strutturale è evidente nel seguente assunto: le interazioni ripetitive (cioè i modi in cui i membri della famiglia si comportano l'uno con l'altro) sono efficaci o inefficaci nel raggiungere gli scopi della famiglia e/o dei suoi singoli membri.

Diagnosi Sistemico-Strutturale della famiglia

Nella BSFT le interazioni familiari sono valutate secondo cinque dimensioni: organizzazione, risonanza, stadio di sviluppo, paziente designato e risoluzione del conflitto. Una diagnosi precisa lungo queste dimensioni può essere raggiunta solo dalla diretta osservazione della famiglia. Il primo scopo del processo diagnostico è creare per i membri della famiglia occasioni di interagire direttamente tra loro con la minima interferenza da parte del terapeuta. I terapeuti della BSFT devono creare un contesto terapeutico dove i membri siano liberi di interagire secondo il loro stile abituale, in modo da permettere un'osservazione diretta del comportamento familiare. Questa diagnosi strutturale è l'elemento critico per identificare gli aspetti di interazione caratteristici della famiglia, cioè la struttura familiare. I seguenti sono aspetti dell'interazione familiare che si osservano nelle famiglie di adolescenti il cui comportamento presenta dei problemi e che, se adeguatamente modificati, possono rappresentare un valido aiuto nella correzione dei disturbi del comportamento.

A) **Organizzazione** - l'organizzazione di una famiglia può essere esaminata attraverso tre aspetti: Leadership, Organizzazione dei sottosistemi e Dinamica della comunicazione.

Per *Leadership* si intende la distribuzione dell'autorità e della responsabilità all'interno della famiglia. Nelle famiglie funzionanti la leadership è nelle mani di entrambi i genitori. Nelle società moderne ambedue i genitori condividono l'autorità e la capacità decisionale. Spesso, nelle famiglie con un solo genitore, questo divide parte della funzione direttiva con il figlio più grande. Nel caso di un singolo genitore che vive nell'ambito di una famiglia allargata, la funzione direttiva può essere divisa con uno zio, una zia o un nonno. Per valutare tale funzione si devono considerare le gerarchie, il controllo del comportamento e le funzioni di guida. Nella BSFT il terapeuta deve identificare chi ha l'incarico di dirigere la famiglia e quali sono i membri della famiglia in posizione di autorità, deve controllare che la funzione direttiva sia nelle mani giuste o distribuita tra le persone giuste, che la gerarchia sia strutturata bene rispetto all'età, al ruolo e alla funzione nella famiglia. Il controllo del comportamento e la guida sono altri aspetti della valutazione del leadership. Del controllo del comportamento e dell'impegno di guidare nella giusta maniera i ragazzi, dovrebbero essere responsabili i genitori anche se alcuni aspetti di queste responsabilità sono talvolta delegate ad altri membri della famiglia. In generale, la leadership dovrebbe appartenere alle figure dei genitori, sebbene talvolta possa essere delegata al figlio più grande purchè tale incarico non sia troppo gravoso, sia appropriato all'età e gli sia stato affidato piuttosto che essere stato usurpato.

Le famiglie hanno *sottosistemi formali* (coniugi, fratelli, nonni ecc.) e *sottosistemi informali* (per es. le donne anziane, le persone che gestiscono il denaro, quelle che s'interessano dei lavori domestici, quelli che giocano a scacchi). Ciascuno di questi sottosistemi deve avere un certo grado di indipendenza e di diritto al riserbo (i cosiddetti confini). Valutare l'organizzazione dei sottosistemi significa indagarne l'adeguatezza e l'appropriatezza nell'ambito della famiglia come le alleanze, le triangolazioni e l'appartenenza al sottosistema. Fra le figure dei genitori l'alleanza dovrebbe essere forte, mentre tra adulti e bambini tendono a formarsi delle alleanze problematiche, specialmente quando un genitore è lasciato fuori dall'alleanza o quando un genitore e un figlio si coalizzano contro l'altro. Le triangolazioni si spiegano quando due figure con autorità genitoriali sono in disaccordo e ne introducono una terza meno influente allargando così il

conflitto invece di risolvere il loro disaccordo. I triangoli sono disfunzionali perché impediscono la soluzione di un conflitto tra due persone autorevoli. Un conflitto non risolto diventa una continua sorgente di frustrazione, irritazione e rabbia per tutti i membri della famiglia coinvolti. Il giovane implicato in un triangolo riceve regolarmente il peso dell'infelicità dei genitori e spesso diventa il "portatore del sintomo" o "il paziente designato" delle famiglie.

La categoria finale dell'organizzazione considera la natura della comunicazione. In famiglie funzionali, l'andamento della comunicazione è caratterizzato da Chiarezza e Specificità. Una buona comunicazione coinvolge ciascun membro della famiglia che comunica direttamente e chiaramente con gli altri membri.

Sotto l'aspetto dell'organizzazione, nelle interazioni familiari non funzionali individuate in famiglie con adolescenti con problemi comportamentali, si devono includere anche genitori incapaci di collaborare e di mantenere il controllo del comportamento, giovani in posizione di comando e uno dei genitori in coalizione col figlio portatore di problemi.

B) **Risonanza** – Per risonanza s'intende la disponibilità o la distanza psicologica ed emotiva fra i membri di una famiglia. Valutare la risonanza, in questo caso, vuol dire controllare la permeabilità dei confini interpersonali. Nella BSFT il terapeuta ha bisogno di identificare dove una persona o un gruppo di persone finisce e dove inizia il successivo, e i confini della famiglia, il che stabilisce come i membri della stessa rispondono o reagiscono emotivamente l'uno all'altro. I membri della famiglia reagiscono in modo eccessivo l'uno all'altro quando sono troppo coinvolti e quando i confini emotivi, psicologici o fisici sono troppo chiusi. Al contrario membri non coinvolti non reagiscono l'uno all'altro, ma si ignorano reciprocamente. L'invischiamento e il disinteresse rappresentano i due estremi nella valutazione di questa dimensione. I membri della famiglia con il giusto (cioè moderato) grado di coinvolgimento interagiscono fra loro riuscendo a mantenere distinte le proprie individualità. Esempi di invischiamento sono il leggere nel pensiero, le risposte mediate (un membro della famiglia parla ad un altro da parte di un terzo), discorsi simultanei, interruzioni, continuazioni (un membro della famiglia completa le affermazioni di un altro), controllo personale (uno dei membri presume di poter controllare i pensieri, i sentimenti, o il comportamento di un altro membro), perdita fisica della distanza (un familiare controlla il comportamento di un altro con mezzi fisici), reazioni affettive collegate (i familiari dividono le stesse emozioni), reazioni a catena (le reazioni di uno dei familiari stimolano le reazioni di un altro). Il concetto di risonanza non vale solo per il rapporto tra i familiari, ma anche per quello che si instaura tra un sottosistema (per es. coppia di coniugi) e il resto della famiglia.

Gli schemi disfunzionali osservati nelle famiglie con adolescenti che presentano problemi comportamentali comprendono: giovani con problemi e uno dei genitori super coinvolto; l'altro disimpegnato e poca intimità nel rapporto con entrambi.

C) **Stadio dello sviluppo** – Gli individui passano attraverso una serie di stadi che vanno dall'infanzia alla fanciullezza, dall'adolescenza alla maturità e dalla mezza età alla vecchiaia. Ogni stadio presenta ruoli e responsabilità diverse. Una famiglia è composta da più individui che spesso si trovano in differenti stadi di sviluppo. Non sempre ci si rende conto che anche le *famiglie* attraversano una serie di stadi di sviluppo e, perché i familiari continuino a procedere in maniera adeguata, è necessario che il comportamento di ciascun membro sia appropriato ad ognuno degli stadi dello sviluppo. Via via che le famiglie crescono e si sviluppano avvengono cambiamenti sia nella composizione familiare sia nei

vari comportamenti che i diversi membri sono chiamati ad assumere. Le famiglie devono anche riorganizzarsi per affrontare quelle che sono le pietre miliari di questo sviluppo, come la nascita di un figlio, i figli che lasciano la casa per vivere da soli, il pensionamento di uno dei coniugi o la separazione della coppia. Altri momenti determinanti sono la morte o una grave malattia di un familiare, la rottura di un matrimonio, la custodia temporanea dei figli a uno o all'altro genitore, ad uno dei nonni o a un genitore adottivo/affidatario, la riunificazione di parti della famiglia e molte altre modificazioni che una famiglia subisce quando si aggiungono nuovi membri o altri vengono a mancare. Tutte queste pietre miliari portano stress e richiedono alla famiglia impegno per adattarsi alle nuove circostanze. Fallire nell'adattamento (stabilire nuovi modelli di interazione) può far emergere problemi di comportamento nei giovani.

In gran parte del nostro lavoro con gli adolescenti, abbiamo trovato che uno dei più comuni problemi nel loro sviluppo è rappresentato dal fatto che i genitori continuano a trattarli come se fossero ancora bambini piccoli. Infatti, il comportamento dei familiari adatto a determinate fasi (quando l'adolescente era ancora un bambino) diviene inadeguato quando cambiano le circostanze. Durante l'adolescenza, i genitori devono avere la possibilità di continuare a partecipare e a controllare la vita del figlio, ma da un punto di vista differente che permetta al giovane di crescere in autonomia. La flessibilità della famiglia – la capacità di adattamento in generale – avrà un profondo impatto sulla capacità di adattarsi alle nuove circostanze, incluse quelle causate dai vari momenti di sviluppo. In generale, le famiglie flessibili sono le più sane.

Quando viene analizzato lo stadio di sviluppo di una famiglia vengono stabilite quattro principali configurazioni di funzioni e di ruoli: funzioni e ruoli paterni e materni, funzioni e ruoli coniugali, funzioni e ruoli tra fratelli e sorelle, funzioni e ruoli della famiglia allargata. Il modo in cui i vari individui e la famiglia agiscono in ciascuna di queste aree viene valutato in base a ciò che è considerato normativo o prevedibile per quello stadio di sviluppo individuale e familiare. Esempi di quadri non adattivi comprendono il comportamento immaturo dei genitori, ragazzi che sono trattati o che si comportano come se fossero troppo giovani e a cui vengono offerte poche opportunità per responsabilizzarsi oppure quando il figlio è sovraccaricato delle funzioni degli adulti e mostra nel comportamento atteggiamenti che dovrebbero appartenere ai genitori.

D) Paziente designato – Gli adolescenti con problemi di comportamento divengono spesso i destinatari della riprovazione familiare, sono cioè “il paziente designato” della famiglia. E' certamente il caso di adolescenti con problemi il cui comportamento catalizza la frustrazione e la rabbia della famiglia.

Il paziente designato (PD) è il bersaglio della negatività della famiglia e quindi permette a quest'ultima di continuare coi propri rigidi modelli di interazioni sbagliate. Il PD può anche ricevere aiuto da qualche familiare che alimenta il suo comportamento irregolare, impedendo le necessarie punizioni o conseguenze. Le famiglie con adolescenti che hanno problemi di droga o di altro tipo, spesso manifestano un elevato grado di negatività sotto forma di colpa, biasimo, accuse, sconforto e rifiuto in particolare nei confronti del PD. La famiglia con atteggiamenti rigidi e sbagliati solitamente etichetta la “malattia” con estrema negatività oppure, da un altro punto di vista, mette in atto alcuni comportamenti come la protezione e perfino l'incentivazione dei sintomi. Più rigidamente viene definita la malattia, più i membri della famiglia colpevolizzano e centralizzano l'adolescente, più difficilmente le interazioni familiari cambieranno.

E) **Risoluzione del conflitto** – Se risolvere le differenze di opinione è sempre difficile, lo è ancora di più è quando lo si fa nel contesto di rapporti altamente conflittuali. I disaccordi sono naturali e tutte le famiglie li hanno sperimentati. Per risolvere un conflitto in una famiglia si possono adottare cinque modi: negazione, evitamento, diffusione, emergenza del conflitto senza soluzione, emergenza del conflitto con soluzione. Una famiglia, se vuole procedere bene, deve usare la gamma completa dei modi per risolvere il conflitto. Modi diversi possono funzionare bene in tempi differenti. Idealmente, una famiglia ben funzionante usa tutti i metodi per risolvere il conflitto, in base alle necessità della situazione. L'emergenza del conflitto con conseguente soluzione è di solito considerata l'optimum nell'ambito di conflitti particolarmente importanti per il funzionamento della famiglia. Vengono espresse con chiarezza le ragioni e le opinioni differenti per poi giungere a negoziare una soluzione che sia accettabile per tutti i familiari coinvolti.

Modelli sbagliati osservati in famiglie i cui figli hanno problemi di comportamento, specialmente le famiglie di origine latino-americana con cui lavoriamo, comprendono un elevato livello conflittuale con diffusione del conflitto caratterizzato da colpevolizzazioni, accuse o cambio d'argomento.

Teoria del cambiamento: approccio strategico

La BSFT è un approccio strategico che fa uso di interventi pratici, focalizzati sul problema e pianificati. Questo approccio emerge dall'attenzione posta esplicitamente sulla strutturazione di un intervento che fosse rapido ed efficace per l'eliminazione dei sintomi. Nella BSFT, questo approccio strategico risulta evidente nei seguenti assunti:

1) gli interventi sono pratici. Cioè gli interventi sono ideati sulla base delle caratteristiche uniche delle famiglie e sono messi in atto affinché i possibili obiettivi del trattamento siano raggiunti il più rapidamente ed efficacemente possibile. Dopo aver individuato un'interazione problematica, la BSFT progetterà una strategia specifica di cambiamento basata su ciò che porterà le persone a comportarsi nei modi che produrranno il cambiamento. Si tratta di strategie finalizzate non allo sviluppo di una presa di coscienza o consapevolezza, ma a creare una serie di comportamenti che eliminano quelli disfunzionali o resistenti al cambiamento. Gli interventi strategici sono ben evidenti nelle ristrutturazioni scelte per individuare quegli aspetti delle interazioni familiari in grado di aiutare la famiglia a raggiungere interazioni più funzionali.

2) Gli interventi sono centrati sul problema. Un approccio centrato sul problema prende di mira solo le interazioni che meglio influenzano la regolarizzazione psicosociale e i comportamenti antisociali del giovane, ed è diretto a un problema alla volta. Perciò, non sono prese di mira tutte le interazioni sbagliate, ma solo quelle che sono direttamente associate al comportamento problematico. Per esempio, per correggere alcuni comportamenti adolescenziali sbagliati, i genitori (o chi per loro) devono collaborare. Genitori in disaccordo lasciano che l'adolescente approfitti dalla differenza di posizioni; è quindi logico che quando i genitori non collaborano, gli interventi saranno finalizzati ad un miglioramento della loro collaborazione. Questo non viene fatto sempre direttamente, ma perlopiù in maniera strategica.

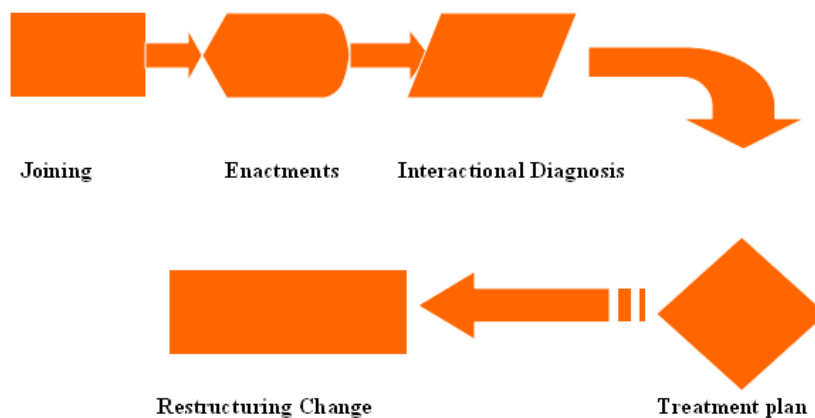
3) Gli interventi sono pianificati con precisione. Nella BSFT il terapeuta individua quelle che sembrano essere le interazioni sbagliate (cioè le interazioni direttamente

collegate ai problemi di comportamento del giovane), individua quale potrebbe essere presa di mira e stabilisce un piano centrato sull'aiutare la famiglia a sviluppare modelli d'interazione più efficaci. Molte famiglie con figli dai comportamenti problematici sono sopraffatte dai loro stessi problemi. E' facile che il terapeuta venga schiacciato a meno che non scelga attentamente gli obiettivi prioritari per il cambiamento e rimanga focalizzato sul loro raggiungimento.

Teoria del cambiamento: sequenza circolare

Nella pratica clinica, la BSFT viene proposta come una strategia integrata. Tale strategia terapeutica deve essere pianificata con molta attenzione, sebbene le manovre terapeutiche debbano essere originali ed emergere dallo specifico momento terapeutico. In generale la strategia della BSFT segue queste tappe: "joining" (l'atto della creazione dell'alleanza terapeutica), "enactment" (messa in atto delle interazioni oggetto della terapia), diagnosi interattiva, piano di trattamento e alla fine cambiamento ristrutturante. Ciascuna tappa è decisiva per un cambiamento efficace. Senza alcune di esse, la terapia per i problemi comportamentali nell'adolescenza spesso fallisce.

Figura 1. Sequenza di cambiamento della BSFT



a) Stabilire la relazione terapeutica – “Joining”

Coinvolgere gli adolescenti e i loro familiari nel trattamento è di per sé una sfida. Il primo passo, quando si lavora con una famiglia, consiste nello stabilire e nel costruire un rapporto terapeutico funzionante. La costruzione di questo rapporto comincia proprio dal primo contatto e il fine ultimo della costruzione della relazione terapeutica è la formazione di un nuovo sistema, un sistema terapeutico che sia formato da tutta la famiglia e dal terapeuta (Szapocznik, Hervis & Schwartz, 2003). Creare una relazione con la famiglia è un passo strategico che richiede specifiche manovre mirate a porre il terapeuta in una posizione di

guida nell'ambito della terapia. In questa fase, il terapeuta esercita ciò che può essere definito "abilità diplomatica".

La relazione deve essere costruita su due livelli: a livello individuale con ognuno dei familiari partecipanti; e a livello familiare ove il terapeuta deve riconoscere, rispettare e mantenere i modelli interattivi caratteristici della famiglia.

La relazione terapeutica dovrebbe possedere le seguenti caratteristiche: rispetto, empatia e impegno nel lavoro per raggiungere i fini stabiliti dal terapeuta e dalla famiglia. Le strategie suggerite per mantenere la qualità del rapporto terapeutico comprendono il confermare o sostenere il ruolo dei membri della famiglia proponendo obiettivi personalmente utili e tenendo conto dell'esperienza di ciascun cliente (Diamond, Hogue, Liddle, & Dakof, 1999; Diamond & Liddle, 1996). Se dimostra rispetto di tutti i membri della famiglia, se stabilisce un'alleanza di lavoro con ciascuno di essi e se riesce ad amalgamarsi con la famiglia, il terapeuta alla fine sarà accettato come "speciale membro temporaneo" della famiglia al fine di svolgere il trattamento.

Il terapeuta deve capire come la famiglia è organizzata per poi farsi strada nell'ambito della struttura esistente. Nel creare la relazione il terapeuta non deve affrettarsi a cambiare il sistema familiare, deve anzi guadagnarsi il suo posto all'interno di tale sistema. Aggredire la struttura esistente troppo presto trasformerà in un fallimento il tentativo di coinvolgere la famiglia nel trattamento. Oltre a consentire a ciascun membro della famiglia di sperimentare il rispetto del terapeuta per il suo benessere, è di fondamentale importanza che la famiglia percepisca il terapeuta come la guida del sistema terapeutico. Le famiglie vengono per essere aidate in problemi che non sono in grado di risolvere da sole. Si aspettano, hanno bisogno ed hanno diritto a un terapeuta che li "guidi" in una direzione nuova ed efficiente. Il terapeuta, nel sistema terapeutico, è quindi sia un membro sia la guida. Per guadagnare la posizione di guida, egli deve offrire a tutti i familiari delle regole chiare e mostrare loro rispetto, particolarmente nei confronti di chi riveste posizioni di prestigio.

b) Creazione delle "messe in atto"

Per organizzare le strategie del cambiamento è necessario che ci siano punti di riferimento ben formulati. Le categorie diagnostiche del BSFT si basano sull'osservazione di tutti gli schemi interattivi di una famiglia. La diagnosi degli schemi di interazione di una famiglia è basata su quello che la famiglia fa durante le sedute terapeutiche e che il terapeuta osserva, e non su ciò che la famiglia dice di fare al di fuori della seduta. Il terapeuta BSFT deve creare un contesto terapeutico dove i vari membri siano liberi di interagire in quello che è il loro tipico modo. Queste "messe in atto" permettono al terapeuta di osservare direttamente come la famiglia si comporta in casa (al di fuori della seduta) e sono elementi critici per individuare accuratamente le modalità di interazione caratteristiche. Le crisi familiari sono momenti utili perché le famiglie manifestino vivamente i loro modelli d'interazione, di solito quando sono sotto forte tensione, le famiglie sono emotivamente più disponibili a tentare nuovi comportamenti. Il punto cruciale per l'osservazione e la diagnosi dei quadri interattivi è il processo di interazione della famiglia e non ciò che la famiglia riferisce in seduta. Il terapeuta non è interessato al perché siano iniziati i problemi; è interessato, invece, alle interazioni presenti e osservabili e non a fatti cristallizzati nel tempo e dunque fuori dalla portata di un intervento terapeutico.

c) Diagnosi interattiva

Lo schema diagnostico della BSFT permetterà al terapeuta di focalizzarsi sul processo e non sul contenuto e di organizzare il comportamento osservato secondo schemi d'interazione, di identificare strategicamente gli schemi interattivi più suscettibili di cambiamento o più adatti per l'inserimento, di stabilire piani specifici di trattamento per modificare schemi d'interazione non equilibrati.

La tavola 1 rappresenta schemi non adattivi d'interazione che sono stati osservati in famiglie con adolescenti con problemi di comportamento, specialmente adolescenti che fanno uso di droghe.

Si tratta di famiglie di origine latinoamericana seguite a Miami.

Tabella 1. Schemi non adattivi di interazioni osservati in famiglie con adolescenti con problemi comportamentali

Organizzazione:

- Mancanza di potere delle figure genitoriali
- Squilibrio nel sottosistema genitoriale
- Adolescenti dominanti (che usano droghe)
- Cure genitoriali inefficaci
- Mancanza di rispetto verso i genitori
- Sequenze interattive con triangolazioni
- Coalizione tra uno dei genitori e il "paziente designato" contro l'altra/e figura/e genitoriale/i.
- Mancanza di partecipazione del "paziente designato" al sottosistema dei fratelli.

Risonanza:

- Il ragazzo che fa uso di droghe (paziente designato) e il "familiare che lo protegge" sono invischiati.
- L'altro genitore è distante, disimpegnato sia nei confronti del ragazzo che fa uso di droghe che verso il genitore che lo "protegge".
- I rapporti chiusi e caratterizzati da invischiamento sono spesso conflittuali, ma non veramente intimi. Grande quantità di liti.
- Nessuna intimità con gli altri membri della famiglia che si disinteressano (spesso il coniuge).

Risoluzione del conflitto

- Alti livelli di conflitto, schemi di non soluzione
- Incapacità di attuare confronti costruttivi e di negoziare.

Paziente designato

- L'adolescente che fa uso di droghe o "paziente designato" è centralizzato come argomento fisso di conversazione.
- Il paziente designato è visto come la fonte della maggiore sofferenza e infelicità della famiglia.

Stadio evolutivo

- L'adolescente che fa uso di droga, nell'ambito dei ruoli e delle responsabilità familiari, è fatto regredire al livello più basso rispetto a quello che ci si aspetterebbe in relazione all'età.
- Gli altri figli "compensano la famiglia" assumendo ruoli e responsabilità superiori alla loro età.

Contesto di vita

- La famiglia è tipicamente isolata da sistemi di assistenza sociale adeguati.
- La famiglia è intensamente coinvolta in sistemi malfunzionanti come gang o sistemi di controllo o trattamento delle disfunzioni quali sistemi legali, di salute mentale e scuole per giovani disadattati.

d) Piano di trattamento

L'obiettivo principale del trattamento è aiutare la famiglia a modificare gli schemi sbagliati di interazione individuati durante il processo diagnostico. Il terapeuta pianifica come intervenire per aiutare la famiglia a spostarsi dal presente modo d'interazione e dai suoi effetti indesiderabili verso un modo d'interagire adeguato che potrà con successo eliminare tali sintomi.

e) Cambiamento ristrutturante

Gli interventi usati per aiutare le famiglie ad allontanarsi dagli schemi di interazione inadeguati per sceglierne altri più salutari vengono definiti ristrutturanti. Sono qui descritte alcune delle tecniche ristrutturanti usate di frequente.

1) lavorare sul presente: processo vs contenuto

La distinzione fra processo e contenuto è un punto assolutamente critico nella BSFT. Il terapeuta BSFT, nel suo lavoro, prende di mira gli schemi di interazione della famiglia che sono legati ai sintomi problematici. Perché il terapeuta BSFT sia capace di identificare questi modi d'interagire ripetitivi, è essenziale che si renda conto della differenza tra processo e contenuto. Sebbene il contenuto non vada ignorato, il punto centrale della valutazione e dell'intervento è focalizzato sul processo.

Il processo è il "come" di quello che le persone fanno e il "ciò che accade" in un'interazione. Il processo descrive la dinamica delle azioni e reazioni fra i familiari. Nella BSFT le azioni e reazioni ripetitive fra due o più membri di una famiglia diventano il punto focale degli interventi pianificati. Dall'altra parte, il contenuto si riferisce a fatti specifici e concreti usati nella comunicazione. Il contenuto comprende le ragioni che la famiglia adduce per una particolare interazione. Le famiglie che non sono consapevoli dei loro schemi inadeguati d'interazione cercheranno di ingolfare il terapeuta con descrizioni storiche ricche di contenuto.

Creando un contesto in cui le famiglie si comportano come in casa, il terapeuta può focalizzarsi sul **qui ed ora** invece di venire inaschiato nel contenuto (ragioni che le famiglie adducono o storie che raccontano) di quello che è accaduto **là e allora**. Questa

focalizzazione permette ai terapeuti di andare oltre chiedendo semplicemente ai membri della famiglia di parlare dei loro comportamenti per aiutarli a imparare nuove valide possibilità e nuovi modi di interagire durante la seduta.

2) **Ristrutturazione**

Per ristrutturazione si intende la formulazione di una nuova prospettiva “differente” o “cornice” della realtà rispetto a quella nel quale la famiglia ha operato. Il terapeuta presenta la nuova cornice alla famiglia in maniera tale da poterla “vendere”. Una ristrutturazione sceglie strategicamente una visione presente della realtà che può facilitare il cambiamento. E’ importante notare che nella BSFT l’obiettivo della ristrutturazione NON è quello di cambiare la cognizione individuale, ma piuttosto quello di infrangere i modi d’interazione rigidi e sbagliati e di creare un nuovo contesto in cui possano avvenire le interazioni familiari. La ristrutturazione è spesso usata per eliminare le percezioni negative offrendo alla famiglia alternative positive. Questo spostarsi da interazioni negative a positive può portare miglioramenti in tutte le altre aree dell’andamento familiare. L’obiettivo più importante di tutti gli interventi di ristrutturazione è creare per la famiglia l’opportunità di comportarsi in modi diversi. La ristrutturazione è di solito il momento critico per diminuire la negatività e la situazione di “malattia e paziente ormai designati” in quelle famiglie in cui ci sono adolescenti con problemi di comportamento. Far spostare i familiari dalla visione del “paziente designato” come un sociopatico a quella di “un adolescente vulnerabile e sofferente” può influenzare profondamente le interazioni familiari. Non è comunque facile mettere a fuoco tale spostamento. I terapeuti devono essere pronti a offrire molti tipi di ristrutturazione e presentare anche molte variazioni sul tema. Solo l’occuparsi costantemente dell’ansia e dell’irritabilità dei vari membri della famiglia e della sofferenza del “IP” renderà il terapeuta capace di modificare gli schemi interattivi tipici di quella data famiglia. La ristrutturazione è un intervento sicuro. Per questo il terapeuta BSFT la usa anche nelle situazioni più esplosive. Un terapeuta esperto è sempre equipaggiato di varie ristrutturazioni standard con le quali può affrontare varie situazioni: l’irascibilità come la sofferenza o lo smarrimento (va sottolineata l’irascibilità), rapporti estremamente conflittuali come molto stretti e passionali, crisi come opportunità (rendere la famiglia più unita, fortificare una persona), sentimenti che ti annientano come un segnale che deve ricaricare le batterie, impulsività come spontaneità, insensibilità come capacità di “dire le cose come stanno”.

3) **Lavorare con confini e alleanze**

I membri della famiglia devono formare alleanze per portare a termine le funzioni importanti della famiglia. Per esempio, una forte alleanza fra coniugi facilita un efficace controllo del comportamento e l’educazione dei figli. Gran parte del lavoro nella BSFT comprende l’aiuto ai familiari per stabilire una giusta alleanza che incontri i bisogni della famiglia e dei suoi membri individualmente. Questo spesso vuol dire distruggere alleanze dannose.

Nella BSFT il terapeuta affronta le alleanze non adatte riorganizzando i rapporti all’interno della famiglia. Questo viene denominato *spostamento dei confini*. Un’alleanza denota sostanzialmente l’esistenza di un sottosistema che è circondato da confini. Per cambiare la natura dell’alleanza, il terapeuta sposta i confini che tengono riuniti alcuni

membri della famiglia e li mantiene separati dagli altri. Per esempio, invece di affrontare direttamente un sottosistema costituito eccessivo coinvolgimento tra madre e figlia, il terapeuta può chiedere al padre di parlare direttamente con la figlia e/o incoraggiare le interazioni tra madre e padre per rafforzare l'alleanza coniugale. Come già detto, questo è possibile interrompendo la comunicazione diretta fra i membri della famiglia alleati e/o introducendo nel dialogo un altro familiare.

Il sottosistema padre-madre è centrale in quasi tutti gli interventi della BSFT. Fattore critico per la vita familiare è la costruzione di un forte sottosistema di guida che abbia confini chiari e il potere per svolgere fino in fondo le mansioni di guida. Lavorando con adolescenti che hanno problemi di comportamento è importante che il terapeuta riconosca che i membri del sottosistema madre-padre hanno fra loro relazioni complesse che li coinvolgono anche al di là delle funzioni di genitori. Problemi derivati da altri aspetti della relazione spesso interferiscono con un'efficiente funzione genitoriale. Anche se questi problemi (come un conflitto coniugale) possono essere affrontati nel trattamento, la BSFT non è volta a risolvere tutti i problemi incontrati dai coniugi. A causa della natura strategica focalizzata sul problema dell'intervento, il terapeuta tenta di risolvere solo quegli aspetti che interferiscono con la capacità di gestire i problemi con i figli.

Un altro comune problema delle alleanze si instaura quando alcuni membri della famiglia sono invischiati o eccessivamente chiusi e vicini l'uno all'altro. Spesso il sottosistema invischiato è isolato e presenta anche scarso impegno verso il resto della famiglia. Riorganizzare le relazioni in questi casi significa facilitare giusti livelli di connessione fra i vari membri della famiglia. Uno dei più importanti obiettivi degli interventi è migliorare la direzione e la specificità della comunicazione tra i familiari. Per aprire varchi di comunicazione il terapeuta crea più flessibilità nella famiglia, da qui derivano maggiori opportunità (e meno rigidità) per le interazioni.

Lo spostamento dei confini prevede la chiara demarcazione del perimetro intorno al sottosistema. Ci sono volte, per esempio, nelle quali i figli interferiscono nel rapporto che c'è tra i genitori. In questo caso, i confini tra le due generazioni sono labili e necessitano di essere maggiormente marcati. Il terapeuta può far capire che i genitori hanno diritto a un minimo di privacy (contenuto) per raggiungere una più netta demarcazione dei limiti che ci sono fra le generazioni (processo). Allo stesso modo, i bambini e gli adolescenti hanno diritto a una certa privacy, cosa necessaria per definire i confini o i limiti entro i quali i genitori dovrebbero inserirsi nella vita dei bambini o degli adolescenti.

Come il terapeuta imparerà dalla sua esperienza con le famiglie che hanno problemi di confini, la parte più difficile del lavoro è far restare i genitori fedeli alla loro parte dell'accordo. Dal punto di vista della BSFT è molto importante che il terapeuta aiuti il genitore (i) a sviluppare confini adeguati nel rapporto con i giovani che hanno problemi comportamentali.

4) **Assegnazione dei compiti**

Nella BSFT l'uso di compiti è centrale in tutto il lavoro con le famiglie. I compiti vengono usati sia fuori che durante le sedute terapeutiche come strumento di base per orchestrare il cambiamento. Poiché si insiste nell'incoraggiare nuove forme di capacità tra i familiari, sia a livello di comportamento individuale che nei rapporti interattivi nella famiglia, i compiti sono il veicolo col quale il terapeuta costruisce per la famiglia le opportunità di un comportamento differente.

E' regola generale che il terapeuta BSFT assegni prima un compito che deve essere svolto durante la seduta, dove il terapeuta ha la possibilità di osservare, assistere e facilitare lo svolgimento del compito. Il suo fine è creare un'esperienza riuscita per la famiglia. In tal modo, prima di affrontare compiti davvero difficili, il terapeuta dovrebbe iniziare con compiti facili e procedere poi verso quelli più difficili costruendo lentamente, insieme alla famiglia, una base di successi; e passare da compiti *durante la seduta* a quelli *fuori dalla seduta*.

Quando un compito fallisce, la missione sarà *identificare l'ostacolo o gli ostacoli* per poi aiutare la famiglia a superarlo. In realtà compiti non coronati da successo sono di solito una grande fonte di nuove e importanti informazioni sulle interazioni che impediscono alla famiglia di fare ciò che per lei è il meglio.

Conclusione del trattamento

La conclusione si ha quando appare chiaro che la famiglia ha raggiunto gli obiettivi del piano di trattamento; il che vuol dire che l'andamento familiare è migliorato e che i problemi comportamentali dell'adolescente sono stati ridotti o eliminati. Quindi la fine non è determinata dal numero di sedute messe a disposizione ma dal miglioramento in specifici criteri di comportamento. La BSFT è stata messa a punto per risolversi in 12-16 sedute guidate ed attive, con sedute ausiliari di completamento se necessarie. Dopo una conclusione riuscita, le famiglie possono imbattersi in qualche problema vecchio ed anche nuovo, per cui possono esserci delle sedute aggiuntive. A questo punto però, anche una situazione disturbata è per la famiglia diversa rispetto all'esperienza dell'epoca precedente perché ciascun familiare ha goduto dei benefici di un migliore andamento familiare.

Famiglie difficili da raggiungere

Problemi identificati comuni e Approcci strategici specifici

Nell'ambito del trattamento dei problemi di comportamento di bambini e adolescenti è difficile ottenere impegno e partecipazione continui (Kazdin, 1994). Le famiglie di adolescenti con problemi di comportamento sono difficili da coinvolgere nel trattamento. Mentre un membro della famiglia può volere il trattamento, un altro no. Abbiamo speso molto tempo e fatica per identificare specifici aspetti che ostacolano questo impegno a livello familiare e abbiamo sviluppato specifici interventi strategici per far impegnare le famiglie resistenti. Queste strategie vengono da noi definite Impegno nella BSFT (Szapocznik, Perez,-Vidal, et al., 1990; Szapocznik e Kurtines, 1989). Nella BSFT, la resistenza è vista sistematicamente ed è compresa nel contesto delle azioni e reazioni che i membri della famiglia hanno in relazione ai comportamenti del terapeuta. Perciò si ha resistenza quando la famiglia si comporta come fa naturalmente e il comportamento del terapeuta è incapace a superare lo status quo della famiglia. In altri termini, quando il terapeuta si comporta in modo da tirar fuori i comportamenti tipici della famiglia. Il primo obiettivo dell'Impegno nella BSFT è superare gli abituali schemi interattivi della famiglia che permettono al sintomo della resistenza di inserirsi nel trattamento. Il terapeuta deve individuare i modelli interattivi che possono interferire con l'impegno e poi adeguare il

proprio comportamento in modo da ridurre al minimo la resistenza della famiglia. Il processo di impegno comincia alla prima convocazione e i modelli di interazione familiare descritti si possono individuare rapidamente. L'obiettivo principale a questo punto, è di inserire strategicamente la famiglia nel trattamento; il terapeuta deve essere consapevole che il fine strategico di questo momento è portare la famiglia a impegnarsi piuttosto che ristrutturare gli aspetti del comportamento che impediscono l'impegno. Infatti, è rispettando e accettando strategicamente (piuttosto che affrontando) i modelli di comportamento familiare che il terapeuta può allearsi (essere accettato) alla famiglia e ai suoi singoli membri. Una volta fatta impegnare la famiglia nel trattamento, comincia il vero trattamento degli schemi disfunzionali di comportamento.

Sono stati identificati quattro modelli generali di interazioni familiari che interferiscono con il trattamento. Questi quattro modelli sono di seguito discussi in termini di come i modelli di interazione resistenti si manifestano e come vengono all'attenzione del terapeuta.

1) Paziente designato in posizione dominante

Con gli adolescenti che hanno problemi di comportamento, il più frequente schema d'interazione familiare che interferisce con l'impegno prevede che il paziente designato sia in posizione di forza. Questo è un problema specialmente in quei casi che sono sotto il controllo giuridico per cui l'adolescente IP non ha nessun motivo per impegnarsi nella terapia. In queste sono famiglie il paziente designato è in posizione di controllo, mentre i genitori, al contrario, sono incapaci di influire sull'adolescente.

Per portare queste famiglie al trattamento non si affronta direttamente il potere del giovane nell'ambito familiare, piuttosto il terapeuta lo accetta e ne segue le tracce. Il terapeuta si allea all'adolescente dominante in modo da poter essere poi nella posizione di influire su di lui per il cambiamento. Questo spesso comporta alcuni incontri individuali con l'adolescente sia telefonici sia di persona. Non è la terapia individuale lo scopo di questi incontri, il lavoro si concentra piuttosto su come inserire il giovane nel trattamento. L'obiettivo iniziale per formare un'alleanza con l'adolescente dominante è ristrutturare la necessità della terapia in modo da permettere all'adolescente di sentirsi in una condizione di forza e di sentire la sua posizione nella famiglia in modo positivo. Il tipo di ristrutturazione che è generalmente usato con l'adolescente dominante consiste nel trasferire il sintomo dal IP dominante al sistema familiare. Il terapeuta deve dedicare grandi quantità di tempo ed energia per raggiungere l'inserimento del membro dominante nella terapia familiare. Questo non significa che il terapeuta evita di costruire un rapporto coi genitori, ma la formazione di un'iniziale alleanza con essi può non essere efficace dato che i genitori non sono abbastanza forti da portare l'adolescente nell'ambito della terapia.

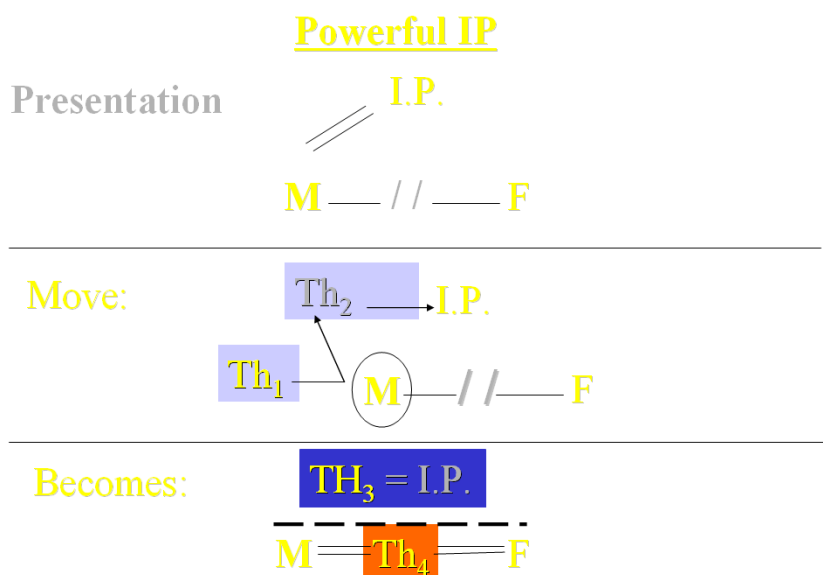


Figura 2

2) Quando chi ci consulta protegge il sintomo

Un genitore che protegge gli schemi d'interazione disfunzionali della famiglia rappresenta il secondo più comune sintomo di resistenza all'ingresso nel trattamento. In queste famiglie, la persona che prende contatto con l'ente (di solito la madre) per chiedere aiuto è anche la persona che protegge la resistenza all'inserimento nella terapia. Per portare queste famiglie in trattamento il terapeuta deve prima allearsi con la madre riconoscendone la frustrazione dovuta al bisogno di chiedere aiuto senza ottenere la cooperazione dagli altri familiari. Attraverso questa alleanza il terapeuta chiede alla madre il permesso di contattare gli altri familiari "anche se sono molto occupati" e riconosce anche quanto sia difficile per loro venir coinvolti. Col permesso della madre, il terapeuta chiama gli altri familiari e li "separa" da lei riguardo alla questione di venire in terapia. Il terapeuta fa questo sviluppando il suo rapporto con gli altri familiari sull'importanza di fare la terapia. Con lo sviluppo del suo rapporto con questi altri membri della famiglia, aggira l'ostacolo del comportamento protettivo della madre. Una volta in terapia, l'iperprotezione della madre sul comportamento irregolare dell'adolescente e la iperprotezione della madre sulla mancanza di coinvolgimento del padre (e l'impazienza dell'adolescente e del padre che la madre continui a proteggere), saranno affrontati come modi inadeguati di interazione relativi ai comportamenti problematici dell'adolescente.

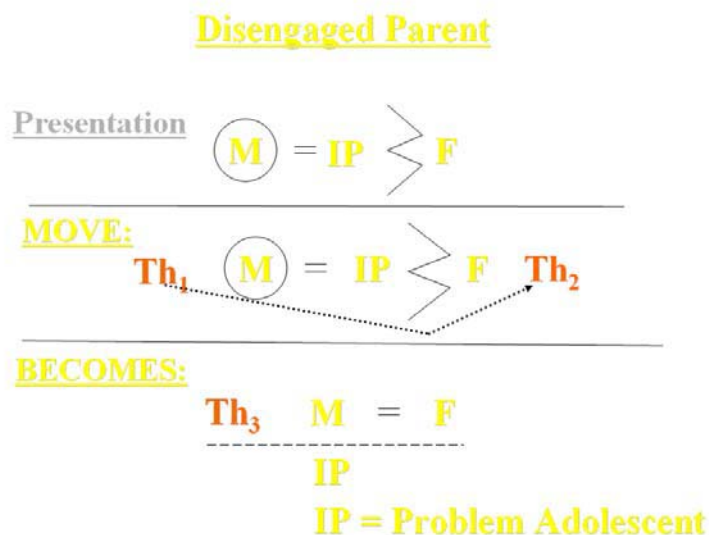


Figura 3

3) Il genitore disimpegnato

Queste organizzazioni familiari sono caratterizzate da poca o assente coesione o alleanza tra i genitori come sottosistema. Uno dei genitori, di solito il padre, rifiuta di partecipare alla terapia. E' tipicamente un genitore/padre distaccato dai problemi della famiglia. Il disinteresse del genitore non solo gli evita di dover affrontare i problemi di comportamento del figlio, ma evita anche ad ambedue i genitori di affrontare il loro rapporto coniugale. In molte circostanze il genitore impegnato è invischiato con il IP e può inavvertitamente rafforzare il comportamento problematico dell'adolescente.

Per impegnare queste famiglie nel trattamento, il terapeuta deve formare un'alleanza con chi richiede aiuto (di solito la madre). Il terapeuta deve dirigere le interazioni che la madre ha con il padre cambiando i loro modelli interattivi in modo da migliorare, almeno temporaneamente, la loro cooperazione nel portare la famiglia in trattamento. Il terapeuta dà alla madre dei compiti da fare col marito pertinenti solo alla questione della cura dei problemi del figlio portando la famiglia in trattamento. Il terapeuta assegna dei compiti e istruisce la madre a comportarsi in modo che sia poco probabile che il conflitto coniugale si infiammi ulteriormente. Tali compiti sono intesi a ristrutturare le interazioni coniugali solo relativamente al fatto che tutta la famiglia partecipi al trattamento. Per strutturare questi compiti si può chiedere alla madre quale crede che sia la vera ragione per cui suo marito non vuole partecipare. Una volta accertato ciò le viene insegnato come presentare l'inserimento nel trattamento in modo che il marito accetti. Sebbene il quadro sia simile a quello in cui la persona che ci contatta è quella che protegge la situazione, in questo caso la resistenza emerge in modo differente. Qui la madre non giustifica la lontananza del padre, anzi si lamenta per il disinteresse del coniuge verso di lei. Questa madre di solito è ansiosa di fare qualcosa che coinvolga il marito, una volta data una direttiva.

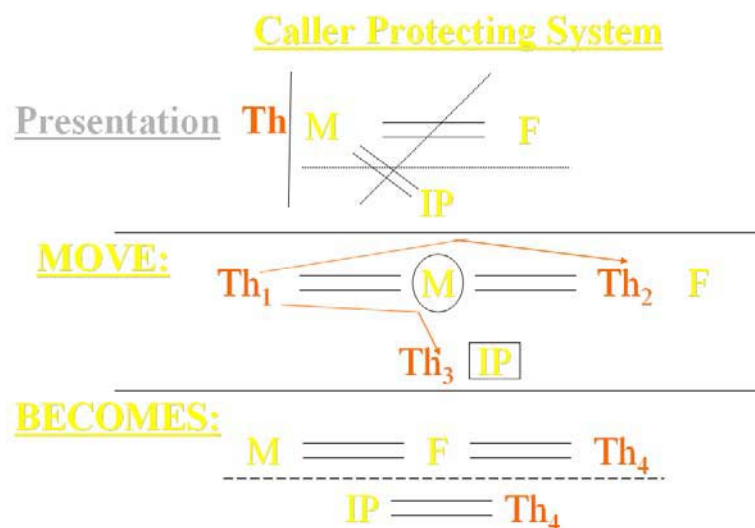


Figura 4

4) Paura della terapia come esposizione

La terapia potrebbe essere un'idea minacciosa per uno o più individui. Talvolta la persona che resiste all'inserimento ha paura di essere trasformata in un capro espiatorio, oppure che sia rivelato qualche segreto pericoloso. Queste "convinzioni" o "cornici" che i vari soggetti hanno sulla terapia sono di solito un'estensione della "cornice" all'interno della quale la famiglia sta svolgendo il suo andamento. Il terapeuta deve ristrutturare l'idea o l'obiettivo della terapia in modo da eliminare le sue conseguenze negative e sostituirla con scopi positivi. Un esempio è incontrare la persona restia e assicurarle che la terapia non deve andare dove lei non vuole che vada. Il terapeuta farà ogni sforzo per focalizzarsi sui problemi del giovane e non si concentrerà sulle questioni che potrebbero riguardare il familiare riluttante. Il soggetto sarà inoltre rassicurato che nella seduta "non si tratterà di quei problemi di cui tu non vuoi parlare". Nella nostra esperienza, comunque, anche se il terapeuta si focalizza sugli aspetti del rapporto coniugale/genitoriale che sono direttamente correlati al giovane, talvolta vengono rivelati segreti che incutono paura; è probabile che la loro rivelazione abbia un effetto positivo a lungo termine. I terapeuti debbono ricordarsi che molti altri schemi familiari possono interferire con l'impegno. L'importante è che essi facciano attenzione ad identificare i modelli familiari fin dal primo contatto e che adeguino la strategia dell'impegno affinché la possibilità di portare i membri della famiglia in trattamento sia la più alta possibile.

I terapeuti dovrebbero anche ricordare che adeguare le strategie non significa riorganizzare le interazioni familiari, ma piuttosto considerare il rispetto per

l'organizzazione familiare e allearsi strategicamente col familiare giusto. E' importante notare che, anche se per i sopraidentificati problemi si può convocare un membro della famiglia per un colloquio a tu per tu, la BSFT non intende in nessun modo affrontare problemi individuali.

Questi contatti sono invece usati come un ponte gettato alla famiglia quando è compromesso l'impegno nella terapia.

Dati sperimentali

Le conclusioni della ricerca e i risultati relativi alla BSFT sono presentati brevemente di seguito e comprendono l'impatto del BSFT su 1) Uso di droghe nell'adolescente 2) Impegno e continuità 3) Problemi di comportamento e 4) Buon andamento familiare.

Impegno e Continuità

L'efficacia delle strategie (della BSFT) specializzate nell'ottenere l'impegno e la continuità nella terapia da parte di adolescenti tossicodipendenti e delle loro famiglie, è stata dimostrata in tre studi separati (Coatsworth, Santisteban, McBride, & Szapocznik, 2001; Santisteban et al., 1996; Szapocznik et al., 1988). Szapocznik, Perez-Vidal et al. (1988) hanno dimostrato che il 93% delle famiglie sottoposte alle strategie specializzate nelle manovre di coinvolgimento della BSFT sono poi state effettivamente coinvolte attivamente nel trattamento, rispetto al 42% che non fu sottoposto a tali interventi specializzati. Inoltre, l'utilizzo di strategie specializzate per il coinvolgimento e tese a mantenere i casi in trattamento ha dato quale risultato che il 77% delle famiglie (sottoposte a tali strategie) ha ricevuto una dose completa di terapia (circa 8 sedute) contro il 25% delle famiglie non sottoposte a tali strategie. Non solo l'aggiunta dello schema specializzato BSFT per l'impegno triplica la possibilità di mantenere le persone in trattamento, ma quelli che furono mantenuti in ambedue le condizioni (tre volte tanti con l'impegno specializzato) mostrarono miglioramenti significativi rispetto all'uso di droga, ai problemi di comportamento e all'andamento familiare. Sebbene le famiglie portate al trattamento con gli schemi specialistici per coinvolgerle siano più difficili da far impegnare, una volta in trattamento, ne beneficiano come qualsiasi altra famiglia. Queste conclusioni furono confermate da Coatsworth, Santisteban, McBride, & Szapocznik, 2001 e Santisteban et al., 1996 in due differenti studi clinici randomizzati che testimoniano il valore dell'impegno specialistico nella BSFT.

Risultati del trattamento su bambini/adolescenti

In uno studio, la BSFT è stata confrontata alla Psicoterapia Psicodinamica Individuale dell'Infanzia e al Gruppo Ricreativo di Controllo. A ognuno dei tre metodi di intervento furono assegnati in modo randomizzato sessantanove ragazzi ispanici. Si trattava di ragazzi dai 6 agli 11 anni moderatamente disturbati sul piano emotivo o di comportamento (Szapocznik, Rio et al., 1989). I risultati dello studio hanno portato ad alcune importanti conclusioni. La prima indica che la condizione di controllo (le attività ricreative) era significativamente meno efficace dei due metodi di trattamento, con oltre i due terzi degli abbandoni. I due metodi di trattamento avevano equivalenti percentuali di casi che si

riusciva a mantenere in terapia, perciò le differenze nel risultato del trattamento fra i due gruppi trattati erano molto più probabilmente dovute al tipo di interventi che nel trattamento si attuavano. Il secondo dato rilevato era che i due metodi di trattamento, la BSFT e la Psicodinamica infantile, riducevano in maniera equivalente sia i problemi di comportamento (resoconti dei genitori e dei figli) che il funzionamento psicodinamico infantile. Il terzo e assai significativo dato riscontrato nei due trattamenti era che la terapia familiare, ai fini di proteggere l'integrità familiare, era molto più efficace della terapia individuale sul ragazzo. Questo al controllo periodico di 1 anno. Sebbene la terapia psicodinamica individuale infantile fosse efficace nel ridurre problemi di comportamento ed emotivi come nel migliorare il funzionamento psicodinamico del ragazzo, al controllo di un anno risultò esser causa di deterioramento dell'andamento familiare.

La BSFT fu confrontata anche con il gruppo counseling (Santisteban et al., 2003); in uno studio randomizzato fu dimostrato, riguardo al BSFT, che negli adolescenti che facevano uso di marijuana, il 75% mostrava un miglioramento sensibile, il 56% furono classificati come recuperati e il 25% un reale peggioramento. In contrasto, nel gruppo counseling, fu trovato che il 14% mostrava un sensibile miglioramento e furono classificati come recuperati, e nel 43% un peggioramento reale. La BSFT era molto più incline a produrre un miglioramento nell'uso di marijuana, di contro, il gruppo counseling era meno efficace a tale scopo. Un'altra variabile analizzata nel medesimo studio erano i risultati sulle manifestazioni di comportamento (problemi nella condotta e delinquenza in compagni dei pari) ed è stato dimostrato che nella BSFT gli adolescenti miglioravano drasticamente di più (in modo statisticamente significativo) se paragonati agli adolescenti del gruppo counseling. Specificatamente, un'analisi del significato clinico nei disordini della condotta dimostrava che nella BSFT il 44% mostrava un reale miglioramento, il 26% era classificato recuperato, e il 5% un peggioramento reale. Nel gruppo di controllo l'11% mostrava un reale peggioramento e nessun caso veniva classificato come realmente migliorato e recuperato. Per la delinquenza in compagnia dei pari era evidenziato un quadro simile. Perciò tutte le conclusioni dello studio mettevano in evidenza che il valore di BSFT era nettamente superiore a quello del gruppo counseling.

Funzionamento familiare

La teoria della BSFT è basata sull'assunto che la famiglia gioca un ruolo critico nello sviluppo, nel mantenimento e nel trattamento dei problemi di comportamento degli adolescenti. Studi che hanno valutato l'impatto della BSFT sulle interazioni della famiglia (Szapocznik et al., 1983) hanno dimostrato che tale impatto è significativo sul funzionamento familiare (misurato all'interno delle cinque dimensioni descritte nella sessione III). Lo studio più recente ha dimostrato che, se confrontato al gruppo counseling, la BSFT ha portato a una coesione familiare superiore, secondo quello che è riportato dagli adolescenti, e a miglioramenti nell'andamento familiare, secondo quanto riportato dagli osservatori. Di contro, il gruppo counseling, nell'andamento familiare, ha prodotto peggioramenti.

La base clinica della BSFT

Sono stati fatti due studi per esaminare la base della BSFT. Il primo ha dimostrato che i miglioramenti delle interazioni familiari, come osservati nelle sedute terapeutiche, erano

associati a miglioramenti nelle manifestazioni del comportamento (Robbins et al., 2000). Lo studio è particolarmente importante perché ha dimostrato il legame tra i miglioramenti nei modi di interazione strutturale e i risultati clinici della BSFT. Un secondo studio ha dimostrato che alleanze non ben equilibrate col terapeuta nelle sedute iniziali della BSFT erano associate ad abbandoni (Robbins et al., 2004). Specificamente, lo studio ha dimostrato che le famiglie che hanno abbandonato il trattamento erano caratterizzate da ampie discrepanze nelle alleanze madre-terapeuta e adolescente-terapeuta, rispetto alle famiglie che hanno completato la BSFT. Anche l'alleanza padre-terapeuta era significativamente più alta nelle famiglie che hanno finito il trattamento se confrontate con le famiglie che hanno abbandonato il trattamento. Questi dati sulle alleanze suggeriscono che, per capire l'efficacia della BSFT, gli schemi familiari d'alleanza sono molto importanti. Inoltre tali dati indicano che anche l'alleanza col padre gioca un ruolo critico per comprendere gli effetti del trattamento. Siccome ambedue gli studi includono solo famiglie ispaniche, tali risultati non possono essere generalizzati ad altri interventi e culture.

Future sfide della ricerca

Attualmente è stato condotto uno studio per confrontare l'efficacia della BSFT come trattamento usuale per adolescenti consumatori di droga. Lo studio è attuato in programmi di trattamento di 14 comunità in tutto il paese e fa parte della collaborazione nazionale di 17 centri universitari sotto gli auspici della rete di studi clinici degli Istituti Nazionali per l'abuso di droga. Il presente studio randomizzerà 840 adolescenti e le loro famiglie attraverso 14 siti sia per la BSFT sia per l'usuale trattamento dei centri riguardo a questi adolescenti. Si potrà così confrontare la BSFT al trattamento nel mondo reale. Lo studio esaminerà anche il confronto tra la BSFT e il trattamento usuale nel diminuire comportamenti sessuali a rischio, nel migliorare le funzioni familiari e nel promuovere attività sociali. In collaborazione congiunta coi ricercatori dell'Università dell'Arizona, lo studio esaminerà come e per chi lavora BSFT. I terapeuti che condurranno lo studio nei centri delle comunità nel paese, sono stati preparati e sono supervisionati dagli istruttori della BSFT del Centro Studi per la Famiglia di Miami, Florida. Josè Szapocznik è il ricercatore principale di questo studio a carattere nazionale. Michael Robbins il collaboratore che lo affianca nella guida e nella direzione. Viviana Horigian è la coordinatrice del protocollo nazionale.

Questo lavoro è finanziato dal National Institute on Drug Abuse Grant # DA 13720 per il Professor José Szapocznik, principale ricercatore del progetto.

Bibliografia

- Coatsworth, J.D., Santisteban, D.A., McBride, C.K., & Szapocznik, J. (2001). Brief Strategic Family Therapy versus community control: Engagement, retention, and an exploration of the moderating role of adolescent symptom severity. *Family Process, 40* (3), 313-332.
- Diamond, G. & Liddle, H.A. (1996). Resolving a therapeutic impasse between parents and adolescents in multidimensional family therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*(3), 481-488.

- Diamond, G.M., Liddle, H.A., Hogue, A., & Dakof, G.A. (1999). Alliance-building interventions with adolescents in family therapy: A process study. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 36(4), 335-368.
- Digiuseppe, R., Linscott, J., & Jilton, R. (1996). Developing the therapeutic alliance in child-adolescent psychotherapy. *Applied and Preventive Psychology*, 5(2), 85-100.
- Hawkins, J.D., Catalano, R.F., & Miller, J.Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 112 (1), 64-105.
- Jacobson, N.S., & Traux, T. (1991). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 106-110.
- Kazdin A.E. (1994). Interventions for aggressive and antisocial children. In L.D. Eron & J.H. Gentry's (Eds.) *Reason to hope: A psychosocial perspective on violence and youth*. Washington, DC: American Psychological Association, pp. 341-382.
- Marin, G. & Marin B.V. (1991). *Research with Hispanic populations*. Newbury Park, CA: Sage.
- McGoldrick, M. (1989). Ethnicity and the family life cycle. In B. Carter & M. McGoldrick (Eds.), *The changing family life cycle: A framework for family therapy* (2nd ed., pp. 70-90). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Mitrani, V.B., Szapocznik, J., & Robinson Batista, C. (2000). Structural ecosystems therapy with HIV+ African American women. In W. Pequegnat & J. Szapocznik (Eds.) *Working with families in the era of HIV/AIDS* (pp. 3-26). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Moore, D.R. & Arthur, J.L. (1989). Juvenile Delinquency. In T.H. Ollendick & M. Hersen's (Eds.) *Handbook of Psychopathology* (2nd ed.). New York, NY: Plenum Press, pp. 197-217.
- National Institutes of Health. (2001). Monitoring the future: National results on adolescent drug use. Overview of key findings. (NIDA: NIH Publication No. 01-4923). Washington, DC: Johnston, L.D., O'Malley, P.M., & Bachman, J.G.
- Quay, H.C., & Peterson, D.R. (1987). *Manual for the Revised Behavior Problem Checklist*. Miami, Florida: University of Miami, Department of Psychology.
- Rio, A.T., Quay, H.C., Santisteban, D.A. & Szapocznik, J. (1989). A factor analytical study of a Spanish translation of the Revised Behavior Problem Checklist. *Journal of Clinical Child Psychology*, 18 (4), 343-350.
- Robbins, M.S., Alexander, J.F., & Turner, C.W. (2000). Disrupting defensive family interactions in family therapy with delinquent adolescents. *Journal of Family Psychology*, 14(4), pp. 688-701.
- Robbins, M.S., & Szapocznik, J. (2000). Brief strategic family therapy. In Special Bulletin of the Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention Bulletin [NCJ Publication No. 179285] Washington, D.C: OJJDP.
- Robbins, M.S., Szapocznik, J., Alexander, J.F., & Miller, J.R. (1998). Family systems therapy with children and adolescents. In M. Hersen & A.S. Bellack (Series Eds.) & T.H. Ollendick (Vol. Ed.), *Comprehensive clinical psychology* (Vol. 5), *Children and adolescents: Clinical formulation and treatment*. Oxford: Pergamon.
- Santisteban, D.A., Coatsworth, J.D., Perez-Vidal, A., Mitrani, V., Jean-Gilles, M. & Szapocznik, J. (1997). Brief structural strategic family therapy with African American and Hispanic High Risk Youth: A report of outcome. *Journal of Community Psychology*, 25(5), 453-471.
- Santisteban, D.A., Szapocznik, J., Perez-Vidal, A., Kurtines, W.M., Murray, E.J. & LaPerriere, A. (1996). Efficacy of intervention for engaging youth and their families into treatment and some variables that may contribute differential effectiveness. *Journal of Family Psychology*, 10(1), 35-44.
- Spitzer, R.L., Endicott, J., Fleiss, J. & Cohen, J. (1970). The psychiatric status schedule: A technique for evaluating psychopathology impairment in role functioning. *Archives of General Psychiatry*, 23(1), 41-55.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration SAMHSA (2001). *Mid-year 2001 preliminary emergency department data from the drug abuse warning network*. (DHHS Publication No. 01-3502). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Szapocznik, J. & Coatsworth, J.D. (1999). An ecodevelopmental framework for organizing the influences on drug abuse: A developmental model of risk and protection. In M.D. Glantz & C.R. Hartel's (Eds.) *Drug abuse: Origins & interventions*. Washington, DC: American Psychological Association, pp. 331-366.
- Szapocznik, J., Hervis, O.E., with Schwartz, S. (2003). Brief Strategic Family Therapy manual [NIDA *Therapy Manuals for Drug Addiction Series*]. Rockville, Maryland: National Institute on Drug Abuse.
- Szapocznik, J. & Kurtines, W. (1989). *Breakthroughs in family therapy with drug abusing problem youth*. New York: Springer.

- Szapocznik, J., Kurtines, W.M., Foote, F. & Perez-Vidal, A. (1983). Conjoint versus one-person family therapy: Some evidence for effectiveness of conducting family therapy through one person. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 889-899. Indexed in Inventory of Marriage and Family Literature (IMFL), 1985, Vol. XI. Beverly Hills, California: Sage Publications.
- Szapocznik, J., Kurtines, W.M., Foote, F., & Perez-Vidal, A. (1986). Conjoint versus one- person family therapy: Further evidence for the effectiveness of conducting family therapy through one person. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, (3), 395-397.
- Szapocznik, J., Perez-Vidal, A., Brickman, A.L., Foote, F.H., Santisteban, D., Hervis, O. & Kurtines, W.M. (1988). Engaging adolescent drug abusers and their families in treatment: A strategic structural systems approach. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 56, 552-557.
- Szapocznik, J., Perez-Vidal A., Hervis, O.E., Brickman, A.L. & Kurtines, W.M. (1990). Innovations in family therapy: Strategies for overcoming resistance to treatment. In R.A. Wells & V.J. Giannetti (Eds.). *Handbook of the brief psychotherapies* (pp. 93-114). New York: Plenum.
- Szapocznik, J., Scopetta, M.A., Aranalde, M.A., & Kurtines, W. (1978). Cuban value structure: Clinical Implications. *Journal of Community Psychology*, 6, 112-122.
- Szapocznik, J., Scopetta, M.A., & King, O.E. (1978). Theory and practice in matching treatment to the special characteristics and problems of Cuban immigrants. *Journal of Community Psychology*, 6, 112-122.

Indirizzo per richiesta di ristampe:

José Szapocznik
Department of Psychiatry
and Behavioral Sciences
University of Miami School of Medicine
1425, N. W. 10th Avenue, No. 207
Miami, Florida, 33136, USA