

La psicoterapia con i genitori

Psychotherapy with parents

F. NERI, M. BERTOLINI

*Clinica di NPI, Università di Milano Bicocca
c/o Azienda Ospedaliera "S. Gerardo", Monza (MI)*

PAROLE CHIAVE. – Psicoterapia - Genitori - Coppia - Famiglia - Bambini
KEY WORDS. – Psychotherapy - Parents - Family - Children

Summary

The Authors introduce the description of the various forms of parents-child therapy through a short historical overview: starting from Freud's "kleinen Hans" they underline the importance of parents' role for children and adolescent psychotherapists. Starting from the late sixties, the Authors describe the different models of parents-infant therapy and the therapeutic counselling for children and adolescents. The main characteristics of systemic family therapy, psychoanalytical family therapy and parental couple therapy are shown. Finally, they discuss the crucial point concerning indications for the different treatments according to the newest evidences described in literature.

La consapevolezza della opportunità di coinvolgere nel processo diagnostico e terapeutico i genitori nel caso di un bambino o di un adolescente portatore di una sofferenza psichica, è ben più antica degli esordi della terapia familiare, che si inizia a strutturare negli anni '50.

Essa attraversa sotto varie forme tutta la storia della psicoanalisi infantile a partire da Anna Freud e Melanie Klein, che dibatteranno tra loro anche su questo punto specifico, ma ancor prima compare nel lavoro di Freud sul caso del "piccolo Hans" (1908). Se lo scopo principale dello scritto freudiano infatti è quello di descrivere la forma della nevrosi infantile in un bambino, la modalità con cui questo avviene è il dialogo tra il papà di Hans e Freud e il dialogo tra i due geni-

tori, le cui differenti opinioni portano contributi alla teoria e forniscono occasioni a Freud per interpretare il significato dei sintomi del piccolo.

Dunque non ancora una terapia dei genitori, ma l'esperienza viva di come sviluppo e sintomi di un bambino siano intrecciati con pensieri, fantasie e vissuti genitoriali tanto che la storia del piccolo Hans è la storia dei suoi pensieri e delle sue relazioni quale appare nelle rappresentazioni e nelle parole di suo padre. È la forza di questo legame che fa capolino sotto varie forme nelle formulazioni delle teorie dello sviluppo infantile e nelle prime descrizioni psicopatologiche.

Vorremmo citare tra tutti il dibattito tra A. Freud e M. Klein per quanto riguarda il ruolo dei genitori nell'analisi dei bambini. La prima considera centrale un lavoro di alleanza con i genitori sottolineando l'impossibilità di separare il bambino dai suoi genitori, ma anche il timore di andare ad interferire con l'analisi nel rapporto reale tra loro. Per questo in una prima fase considererà utile un intervento di preparazione al trattamento per bambini e genitori. M. Klein al contrario considera centrale il transfert e la profonda ambivalenza del rapporto analista e genitori perché il lavoro analitico con un bambino "tocca da vicino i complessi dei genitori stessi". Winnicott riassumerà la diatriba scrivendo che si tratta della differenza tra una collaborazione conscia o inconscia dei genitori, collaborazione peraltro fondamentale per la cura del bambino.

Abbiamo citato gli inizi della psicoanalisi e l'ingresso per così dire dei genitori nella pratica dell'analisi infantile per mostrare come già prima che ci si interrogasse sulle relazioni oggettuali, non fosse possibile curare un bambino senza porsi in qualche modo il problema dei suoi genitori e del rapporto da tenere con essi da parte del terapeuta.

Le terapie congiunte genitori-bambino

È solo attorno agli anni '60 che accanto alla terapia analitica individuale del bambino e dell'adolescente compaiono le prime terapie genitori-bambino. Si tratta di condizioni di consultazione terapeutica breve o lunga in cui l'età piccola dei bambini o la gravità dei sintomi presentati richiedono specificatamente di riconoscere e lavorare sul ruolo dei fantasmi genitoriali, ed in particolare materni, sullo sviluppo dei bambini. Col termine di fantasma o fantasie si descrive uno scenario immaginativo in cui è presente il soggetto e che raffigura in modo più o meno deformato l'appagamento di un desiderio inconscio. Quando il fantasma viene vissuto in modo proiettivo dal genitore, esso, o aspetti di esso, vengono spostati in modo non consapevole sul bambino perché esso rafforzi e confermi la fantasia inconscia del genitore o al contrario la neghi. In entrambi i casi il bambino è limitato, fino all'impossibilità, a sviluppare un suo mondo fantasmatico autonomo, cosa questa assolutamente indispensabile per un buon sviluppo psichico. In Inghilterra Malher¹ aveva usato la terapia madre-bambino per quei casi in cui necessità psichiche inconscie della madre tendevano a mantenere l'illusione simbiotica del bambino.

Più tardi ed in modo sistematico, Fraiberg ² descrive il ruolo che fantasmi materni svolgono nello sviluppo infantile come ripetizione di esperienze negative della loro propria infanzia e parla di “*Ghost in the nursery*” (fantasmi nella camera dei bambini). Fonagy ³ riprenderà in un lavoro sperimentale i rapporti che legano la presenza di fantasmi materni e lo svilupparsi di un attaccamento sicuro, a conferma di quanto osservato in terapia.

Nei paesi di lingua francese Lebovici ⁴, a partire dalla consultazione terapeutica di Winnicott con i bambini, introduce la consultazione terapeutica genitore-bambino nella prima infanzia e sviluppa l'importanza della comprensione della trasmissione inconscia generazionale e dell’“enaction” cioè del ripresentarsi in seduta di fenomeni ripetitivi transgenerazionali, in cui per così dire i genitori passano ai figli ciò che loro stessi non hanno potuto elaborare della loro storia familiare. Ancor prima Cramer ⁵ aveva descritto il dipanarsi di una “mutualità psichica” tra genitori e figli, attraverso i processi di proiezione, introiezione ed identificazione, negli interventi terapeutici brevi madre-lattante. Sul piano tecnico Cramer ha discusso l'importanza di identificare il focus terapeutico e di scoprire quelle sequenze interattive sintomatiche che, se opportunamente svelate e descritte in modo focale dal terapeuta, consentono di elaborare il nucleo traumatogeno per lo sviluppo del piccolo. Anch'egli dunque sottolinea il ruolo che una fantasmizzazione materna inconscia proiettata sul piccolo ne limiti le libertà di crescita.

L'efficacia delle psicoterapie brevi madre-bambini molto piccoli è risultata evidente in studi di follow-up rispetto ad interventi di tipo psicopedagogico, soprattutto rispetto al mantenimento nel tempo della qualità della relazione ed ha aperto la strada ad interventi di consultazione terapeutica in cui un lavoro psicoterapico breve viene effettuato con genitori e figlio. Tra coloro che hanno approfondito le indicazioni e che ne hanno descritto l'utilità terapeutica citeremo i lavori di Golse, Houzel, Manzano e Palacio Espasa. Quest'ultimo autore ⁶ ha esteso il concetto di consultazione terapeutica a genitori con figli di tutte le età, compresa l'adolescenza. I criteri teorici e tecnici e dunque le indicazioni alla consultazione rimangono gli stessi delle terapie madre-lattante, con la differenza essenziale che l'interpretazione sarà rivolta non solo ai genitori ma anche al figlio. Le interpretazioni servono a svelare le collusioni e i fenomeni proiettivi specifici, consentendo ai genitori di prendere coscienza della propria problematica narcisistica e al figlio di riprendere il lavoro di sviluppo della propria conflittualità, maggiormente libero dal sovraccarico di proiezioni genitoriali. L'ipotesi teorica soggiacente è che necessità narcisistiche elevate nei genitori comportino proiezioni sul figlio o sotto forma di “ombre di sé” o sotto forma di “ombre dell'oggetto” dei genitori. In questi casi i fantasmi narcisistici possono sostituire la realtà e compromettere l'interazione fisiologica genitori-figli. Gli autori descrivono come frequentemente presente una fantasmatica anaclitica (paura di separazione o perdita della madre che protegge), in grado maggiore rispetto ad una fantasmatica edipica. È proprio sulla interpretazione di queste proiezioni

anaclitiche non edipiche (in cui peraltro le immagini edipiche sono comprese) che il trattamento dei conflitti genera un minor numero di difese, consentendo nuovi legami preconsce e per questa via trasformazioni sia a livello delle proiezioni sul figlio che delle identificazioni del genitore.

La modalità di consultazione terapeutica proposta permette di affrontare con il modello di una psicoterapia breve una serie di quadri clinici in cui non sarebbe possibile dare una indicazione per un trattamento psicoterapico classico, o nei quali il rischio di interruzione del trattamento stesso è elevato. L'interpretazione consente di far affiorare alla coscienza dei genitori una consapevolezza delle proprie organizzazioni difensive, incorporandone anche una modificazione elaborativa consentita dal legame transfert-controtransfert del terapeuta, e rende per ciò stesso possibile ai genitori una ripresa su di sé di ciò che precedentemente era stato concretamente ed inconsciamente proiettato sul figlio.

Palacio Espasa la pone contemporaneamente come un intervento possibile in molti casi, ma anche come propedeutico ad un lavoro individuale di più lunga durata. Poiché una delle indicazioni è costituita da un transfert positivo, la controindicazione principale è costituita dalla presenza nei genitori di un transfert negativo e da un funzionamento narcisistico dissociato che si appoggia sul diniego della vita psichica e delle sue rappresentazioni.

Questa precisazione, che riguarda non solo la consultazione terapeutica ma anche tutte le terapie mère-bebé, qualunque sia l'accento messo dai singoli autori su uno o l'altro aspetto della relazione, propone la necessità di alcune attenzioni di tecnica.

La principale, discussa da Lieberman^{7 8} è quella di non dimenticare che il focus è sulla relazione madre-bambino e non esclusivamente sul mondo interno del genitore, anche se questo ovviamente condiziona con le sue proiezioni la relazione. Ancora sia Fraiberg² che Palacio et al.⁶ sottolineano la necessità di non intervenire troppo precocemente con interpretazioni delle proiezioni genitoriali, ma solo dopo che un lavoro di alleanza terapeutica ha consentito ai genitori di giungere in prossimità della comprensione del legame tra le loro esperienze psichiche passate e quelle della loro presente relazione con il figlio. Qualora non sia possibile giungere nella relazione terapeutica a questa consapevolezza per la presenza di aspetti di transfert negativo, occorrerà individuare altre forme terapeutiche di maggior durata che permettano di accogliere ed elaborare quelle difese arcaiche che non interpretate porterebbero ad un abbandono del progetto terapeutico.

Terapie familiari

È nella pratica clinica delle forme psichiatriche più gravi (psicosi, anoressia, ecc..) che le ricerche attuali sulla terapia familiare hanno preso le loro origini, circa 50 anni fa. La constatazione di base da cui si sono mosse le varie metodiche

di terapie familiari è quella che per sostenere un progetto di cura in un individuo (bambino o adolescente sintomatico) occorresse lavorare con un gruppo (la famiglia) le cui pressioni sull'individuo erano tali da non consentirgli un progetto personale di cambiamento. Con il nome di terapie familiari in letteratura si incontrano numerosi approcci che comprendono interventi sulla famiglia allargata, non tutti ben chiari dal punto di vista metodologico: torneremo su questo punto nel trattare delle valutazioni di efficacia. La terapia sistemica che lavora sulle interazioni tra i differenti membri della famiglia e la terapia psicoanalitica familiare che si interessa dei conflitti intrapsichici e delle interfantasmaticizzazioni sono le più note e le più praticate.

- a) Nella terapia sistemica, sviluppata originalmente dalla Scuola di Palo Alto negli anni '50 del secolo scorso, e dagli studi italiani di Palazzolo Salvini⁹, la famiglia è considerata un sistema, di cui è studiato il fenomeno comunicativo. Non c'è il bambino o l'adolescente malato, ma il gioco familiare che è patologico e patogenico. In quest'ottica per ottenere un cambiamento occorrerà intervenire sulla comunicazione nella famiglia allargata.

Le teorizzazioni del doppio legame e della comunicazione paradossa, sono ben noti a tutti coloro che pur non essendo terapeuti sistemici, si occupano di psicosi. La logica paradossale della comunicazione in queste costellazioni familiari si caratterizza per una comunicazione verbale il cui contenuto è in contraddizione con il tipo di relazione in cui si trovano i protagonisti dello scambio verbale stesso. Così ogni volta sono due i messaggi che vengono ricevuti, ognuno dei due in contraddizione fino ad annullarsi reciprocamente. In queste condizioni il sintomo del bambino è l'unica soluzione possibile per togliersi dal paradosso e funziona come messaggio non verbale che mantiene la comunicazione all'interno della famiglia.

La tecnica elaborata consiste in un numero ridotto di sedute, spesso distanti nel tempo (una volta al mese per es.), che ha come obiettivo di mettere in evidenza le regole del gioco familiare e di modificarle tramite prescrizioni che la famiglia dovrà mettere in pratica nell'intervallo delle sedute. Non viene data nessuna interpretazione poiché la prescrizione ha in se stessa il valore di una interpretazione e progressivamente tende ad influenzare il gioco delle relazioni in seno alla famiglia, insegnando alla famiglia a comunicare in modo non paradossale. La prescrizione nasce da un lavoro complesso di conoscenza che situa la famiglia in una dimensione transgenerazionale e chiede che i singoli membri parlino delle loro relazioni e dei loro pensieri riguardo le persone della loro famiglia di origine. Il gruppo di terapeuti adotta una serie di accorgimenti tecnici, che hanno il compito di salvaguardare lo spazio terapeutico contro la possibilità di essere a loro volta inglobati nella comunicazione patologica. Ogni seduta, della durata di un'ora è anticipata e seguita da una discussione del gruppo dei terapeuti che si avvale anche della registrazione della seduta a seguito della quale viene

formulata la prescrizione. La registrazione di cui ovviamente è informato il nucleo familiare, avviene mentre i terapeuti al lavoro in seduta vengono osservati da altri terapeuti dietro uno specchio unidirezionale. La possibilità di scambio di riflessioni tra i terapeuti è a salvaguardia di una distanza che consenta una osservazione dei meccanismi comunicativi e ne riduca fino ad escluderla la collusione tra terapeuti e l'uno o l'altro dei membri della famiglia. Lo sviluppo della terapia sistemica relativamente alla patologia anoressica viene descritta in questo volume nello scritto dedicato ai disturbi del comportamento alimentare.

- b) La terapia familiare ad indirizzo psicoanalitico nasce anch'essa negli anni 60, avendo come background il lavoro psicoanalitico sui gruppi. Come per le terapie sistemiche le terapie ad indirizzo psicoanalitico si sviluppano per le problematiche che emergono nella cura dei pazienti schizofrenici. Essa si rivolge dall'inizio a quelle famiglie in cui la necessità di mantenere scisse, denegandole, aree conflittuali costituisce la modalità di funzionamento fondamentale, e in cui è possibile individuare non solo nella famiglia attuale, ma anche nelle generazioni precedenti come un elemento patogeno venga concretamente ripresentato senza possibilità di elaborazione. Le modalità di funzionamento arcaico in questo caso difficilmente possono essere risolte da un trattamento individuale che non tenga conto delle necessità del gruppo familiare, che tende a spingere il singolo a non rompere l'equilibrio del gruppo. A prezzo della malattia psichica del bambino o dell'adolescente il gruppo familiare mantiene rigidamente quella unica modalità di relazione che consente alla famiglia una concreta stabilità. La terapia mira a ristabilire la possibilità di rimettere in circolo la capacità interfantasmatica familiare cioè la capacità psichica, collegata con i desideri inconsci, di ognuno dei membri di avere rappresentazioni, emozioni, affetti che riguardano se stessi e gli altri con cui sono in relazione, di riconoscerle e di riconoscerne le eventuali deformazioni e proiezioni. Di conseguenza il lavoro terapeutico mira a ristabilire l'autonomia psichica di ogni membro della famiglia. L'attività fantasmatica infatti è una produzione personale, ma può accadere che i singoli a vario titolo e grado partecipino ad una fantasmaticizzazione familiare che è per esempio la ripresentazione di una condizione di perdita o di lutto non affrontabili e che questa fantasmaticizzazione richiede inconsciamente di essere mantenuta pena la rottura immaginata dei legami familiari. I terapeuti (almeno due, possibilmente di sesso diverso) utilizzano gli strumenti della psicoanalisi classica, di cui fondamentale è il meccanismo di transfert e controtransfert. L'interpretazione non è sul funzionamento psichico individuale, ma sul funzionamento del gruppo familiare nel suo insieme, cosicché in questo caso si parla di transfert (e quindi di controtransfert) familiare, volendo riferirsi al trasferimento per spostamento e proiezione sui terapeuti di un comune denominatore di affetti e fantasie familiari e di un oggetto del

comune passato familiare. Il cambiamento è espresso dalla comparsa di un discorso personale fino ad allora impossibile rispetto al discorso familiare, ed in questo caso è spesso preludio del riconoscimento della necessità di un trattamento individuale. Le sedute sono in genere a cadenza quindicinale e il trattamento è più lungo di quello sistemico, necessitando di una accoglienza empatica che permetta una regressione del gruppo familiare e il riemergere di funzionamenti individuali più maturi

La scarsità di studi di efficacia in ambito di psicoterapie ad orientamento psicodinamico, ha avuto come effetto la esclusione dei trattamenti di questo tipo dalle linee guida per il trattamento dei disturbi mentali, ma ciò, come ricorda Fonagy³, non coincide necessariamente con la assenza di efficacia che è in attesa di essere adeguatamente studiata.

Terapia della coppia genitoriale

È a partire ancora dagli anni '50-'60 che Dicks¹⁰ presso la Tavistock Clinic a Londra comincia a chiedersi se sia possibile aiutare terapeuticamente coppie in crisi: l'impatto della guerra e le difficoltà del mondo postbellico con la sua alta frequenza di disgregazioni familiari confrontava la psicoanalisi inglese con la necessità di chiedersi quali adattamenti dello strumento analitico fossero necessari per affrontare le nuove forme di sofferenza psichica.

Dobbiamo al lavoro pionieristico suo e di colleghi tra cui alcuni analisti dattati della Società Britannica come Enid Balint, la creazione di un setting adattato alla coppia (sedute di un'ora e un quarto, trattamenti di 30 sedute a frequenza settimanale, coppia di terapeuti di sesso diverso) ed ancor più la messa a punto di concetti quali la membrana diadica, i fenomeni di collusione, la scelta del partner ecc. Si tratta di considerare la coppia come un'unità psichica formata da due persone e di studiare i legami di proiezione ed identificazione grazie ai quali ognuno dei due partner raggiunga la soddisfazione dei propri bisogni inconsci. Il processo di trasformazione da coppia a coppia di genitori rimette in discussione l'equilibrio collusivo raggiunto in precedenza e può richiedere inconsciamente che il figlio vada a saturare beanze nel legame di coppia che, non sature, metterebbero a rischio il perdurare della coppia stessa. Il figlio può allora essere il ricettacolo del rimosso o del dissociato genitoriale e per questa via essere sovraccaricato delle proiezioni genitoriali che gli impediscono uno sviluppo autonomo.

Giannakoulas e Gianotti¹¹ negli anni '90 hanno diffuso in Italia i concetti di Dicks¹⁰ applicandoli dapprima a coppie di genitori i cui figli soffrivano di malattie psico-somatiche, estendendo poi la terapia di coppia ai genitori di bambini od adolescenti con forme gravi di sofferenza psichica (psicosi, disturbi del comportamento alimentare, disturbi di personalità).

La terapia attraverso interpretazioni rivolte ad entrambi i partners, mira a renderli consapevoli dei propri funzionamenti psichici e delle proprie necessità

collusive ai fini di liberare il figlio dal carico delle proiezioni genitoriali. La terapia di coppia ha dunque una valenza forte di accompagnamento di una terapia individuale del figlio bambino od adolescente, soprattutto in quei casi in cui aspetti psichici arcaici mantengono in stallo il processo di individuazione/separazione. Ha anche indicazioni in quei casi in cui il figlio sembra essere invaso da una parte dello psichismo genitoriale, che viene percepito dal terapeuta come una specie di corpo estraneo non veramente integrato col resto del suo funzionamento psichico. La controindicazione principale è una patologia psichiatrica clinicamente evidente di uno dei genitori. A differenza della consultazione terapeutica citata in precedenza, la terapia della coppia genitoriale non comprende sedute genitori-figlio, consente di lavorare in modo approfondito sulle proiezioni reciproche dei genitori per un tempo sufficientemente lungo, mentre il figlio con un altro terapeuta fa un percorso individuale di cura.

Altri trattamenti sulla famiglia

Pur non essendo trattamenti psicoterapici, numerosi altri interventi che coinvolgono i genitori sono possibili e di essi si trova traccia in letteratura. Tra questi possiamo citare: a) gruppi di sostegno per genitori (specifici per patologie, oppure in particolari condizioni di assistenza come ad esempio per i genitori di ragazzi ospiti in comunità terapeutiche); b) interventi di Parent Management Training che si rifanno prevalentemente a modelli cognitivo-comportamentali; c) terapie cognitivo-comportamentali per la riduzione dello stress di genitori di bambini portatori di disabilità.

Gli studi di efficacia

Il problemi che emergono da questa review sono complessi. Da un lato infatti c'è una enorme mole di letteratura che evidenzia come avversità familiari di vario genere e grado (separazioni, lutti, conflittualità, ecc.) aumentino il rischio di ammalare di un figlio soprattutto se piccolo¹². È ad esempio accertato il ruolo negativo sullo sviluppo del bambino della discontinuità delle cure di base e/o dei caregivers, come pure del gruppo sociale di appartenenza quando questo implica disagio a livello del funzionamento familiare il quale a sua volta lo amplifica. Sarebbe logico, a fronte di questi dati, trovare lavori metodologicamente corretti sugli interventi sulla famiglia e sulla coppia in cui vengano presi in esame la qualità degli esiti. Al contrario numerosi lavori trattano degli interventi sulla famiglia o su uno dei due genitori solo dal punto di vista empirico, utilizzando forme combinate dei diversi approcci (familiari, individuali, farmacologici, pedagogici, ecc.) e descrivendo cambiamenti ma senza raggiungere uno standard metodologico sufficiente. Spesso ad esempio mancano adeguati gruppi controllo che spesso sono difficili da creare per motivi etici; raramente vi è una descrizione puntuale

del metodo usato o l'indicazione di un manuale di riferimento come richiesto dalla letteratura e che può confliggere con il fatto che in ambito psicoterapico un manuale e la teoria di riferimento non sono sufficienti a definire la reale qualità dell'intervento; il livello di formazione dei terapeuti non è specificato e quindi il confronto è difficile da definire nella qualità di somministrazione della psicoterapia; infine anche quando è presente un gruppo controllo questo è rappresentato da soggetti che non praticano terapia (liste d'attesa) e quindi raramente sono descritti risultati relativi al confronto dell'efficacia tra diversi metodi psicoterapeutici.

Per esemplificare il non univoco significato anche dei lavori più completi, possiamo prendere in esame alcuni lavori che riguardano l'efficacia delle terapie familiari. Eisler¹³ hanno dimostrato con uno studio caso/controllo randomizzato l'efficacia della terapia familiare rispetto ad un trattamento individuale nei casi di anoressia nervosa in adolescenti, diversamente da quanto avviene con pazienti adulti. Le Grange et al.¹⁴ avevano già mostrato come vantaggi paragonabili potessero essere ottenuti negli stessi casi con un *counselling* familiare, quindi con un intervento almeno più ridotto nel tempo. Del resto in una meta analisi su 163 studi su terapie familiari e terapie di coppia genitoriali¹⁶ i due tipi di terapia risultano essere efficaci in modo significativo rispetto ai controlli non trattati. Le terapie familiari peraltro risultano efficaci in una serie di disturbi mentali dell'infanzia e dell'adolescenza, indipendentemente dai diversi orientamenti teorici (psicoanalitico, sistemico, cognitivo-comportamentale). Non solo, review recenti¹⁷ evidenziano come possano avere esiti positivi interventi di terapia familiare di diverso indirizzo in diversi momenti della storia clinica e familiare, teorizzando così un approccio sequenziale in cui il tipo di psicoterapia viene adattata a quel preciso momento della storia familiare e del disturbo presente nel figlio.

Conclusioni

Se dunque volessimo tentare di giungere ad una posizione condivisibile di giudizio attuale su quanto fin qui descritto dovremmo dire che non ci sono indicatori chiari ed univoci di un metodo di intervento con la famiglia rispetto ad un altro, mentre c'è da più parti l'indicazione dell'importanza del lavoro con i genitori o con il gruppo familiare. Questa indicazione raccoglie anche un suggerimento costante del lavoro clinico in neuropsichiatria infantile che riguarda l'importanza di lavorare empaticamente con i genitori in fase diagnostica e che ha rivalutato l'opportunità di un lavoro con i genitori anche in adolescenza. I suggerimenti tecnici che la terapia della coppia genitoriale o il lavoro psicoterapico genitori-bambino piccolo o ancora la consultazione terapeutica o la terapia familiare hanno offerto al momento diagnostico sono fondamentali per formulare indicazioni e definire la prognosi.

Porsi in questo modo l'obiettivo di una diagnosi non solo nosografica salda il momento diagnostico con quello terapeutico e riduce il rischio di abbandoni

di trattamenti psicoterapici che la letteratura o la pratica clinica suggerirebbero indicati, ma in cui non è stato chiarito ed interpretato a sufficienza il ruolo delle difese individuali e familiari. Sembra anche che la letteratura dia un'indicazione chiara ad una psicoterapia dei genitori o del gruppo familiare in quelle condizioni psicopatologiche dei figli in cui sia all'opera un funzionamento arcaico mantenuto da meccanismi di diniego, scissione e proiezione e in cui gli assetti narcisistici siano al servizio di difficoltà a livello del processo di individuazione/separazione (vedi ad esempio i lavori relativi a disturbi psicosomatici ed anoressia, ma anche quelli relativi a disturbi della condotta, tossicodipendenza e psicosi).

Rimane da riflettere sul fatto la questione che più tipi di trattamento sembrerebbero dare simili risultati soddisfacenti: come allora orientarsi? Quale trattamento preferire? Come già rilevato non ci sono dati sufficientemente persuasivi per una scelta piuttosto che un'altra. Forse su quest'ultimo punto ci daranno risposta ulteriori studi clinici randomizzati, anche se Shadish^{15 16} ha richiamato l'attenzione sulla questione che studi costruiti in modo specifico e appositamente studiati possono dare spesso risultati differenti da studi clinici condotti sul campo. Come a dire che non solo vanno costruiti con attenzione progetti di ricerca, ma che questi debbono essere in grado di descrivere il lavoro dei clinici, anche esperti, nella loro pratica di base. Attualmente sembra che la solidità della formazione personale professionale dei terapeuti possa essere il miglior criterio utilizzabile per la scelta dell'indirizzo terapeutico (terapia familiare sistemica, ad indirizzo psicoanalitico, ecc), al punto che l'esito e la qualità dell'intervento è un risultato atteso della capacità e responsabilità professionale di chi lo eroga. Ulteriori studi potranno esplorare questo assunto.

Riassunto

Gli autori espongono le varie forme di terapia che coinvolgono i genitori facendo una breve carrellata storica, nella quale a partire dal caso del piccolo Hans di Freud sottolineano l'importanza del ruolo dei genitori per chi voglia occuparsi di psicoterapia di bambini o di adolescenti. Descrivono poi i vari tipi di terapia genitori-bambino piccolo a partire dalla fine degli anni '60, e la specificità delle psicoterapie con i genitori quando la sintomatologia è relativa a bambini più grandi o ad adolescenti. Vengono tratteggiate le caratteristiche principali delle terapie familiari sistemiche e di quelle ad indirizzo psicoanalitico (sia familiari che della coppia genitoriale). Infine discutono il nodo delle indicazioni dei singoli trattamenti alla luce dei dati recenti della letteratura e delle prove di efficacia.

Bibliografia

- ¹ Mahler MS. *Mother-child interaction during separation-individuation*. *Psychoanal Q* 1965;34:483-98.
- ² Fraiberg S. *Clinical studies in infant mental health: the first year of life*. New York: Basic Book 1980.
- ³ Fonagy P. *Psicoterapia e prove di efficacia: quale terapia per quale paziente*. 1996. Trad. it. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore 1997.
- ⁴ Lebovici S. *A propos des consultation thérapeutiques*. *Jour de la Psychoan de l'Enfant* 1986;135-52.
- ⁵ Cramer B. *Intervention thérapeutiques brèves avec parents et enfants*. *Psych de l'Enfant* 1974; XVIII:53-117.
- ⁶ Manzano J, Palacio Espasa F, Zilkha N. *Les scénarios narcissiques de la parentalité*. Paris: Puf 1999.
- ⁷ Lieberman AF. *Il trattamento dei disturbi dell'attaccamento nella psicoterapia bambino-genitore*. 2002. Trad. it. Maldonado-Durán JM. *Infanzia e salute mentale. Modelli di intervento clinico*. Milano: Cortina 2005.
- ⁸ Lieberman A. *La psicoterapia genitore-bambino: un approccio basato sulla relazione per il trattamento dei disturbi della salute mentale nell'infanzia e nella fanciullezza*. 2004 (trad. it. In: Sameroff J, Mcdonough SC, Roseblum L (a cura di). *Il trattamento clinico della relazione genitore-bambino*. Bologna: Il Mulino 2006.
- ⁹ Palazzolo Salvini M. *L'anoressia nervosa*. Roma: Borla 1973.
- ¹⁰ Dicks HV. *Tensioni coniugali*. Roma: Borla 1992.
- ¹¹ Giannakoulas A, Giannotti A. *Fantasie dei genitori e psicopatologia dei figli*. Roma: Borla 1991.
- ¹² Rutter M. *Psychosocial influences: critiques, findings and research needs*. *Development and Psychopathology* 2004;12:375-405.
- ¹³ Eisler I, le Grange D. *Family interventions in adolescent anorexia nervosa*. *Child Adolescent Psychiatri Clin North Am* 2009;18:159-73.
- ¹⁴ Eisler I, Dare C, Russell GF, Szukler G, le Grange D, Dodge E. *Family and individual therapy in anorexia nervosa. A 5-year follow-up*. *Arch Gen Psychiatry* 1997;54:1025-30.
- ¹⁵ Pals SL, Murray DM, Alfano CM, Shadish WR, Hannan PJ, Baker WL. *Individually randomized group treatment trials: a critical appraisal of frequently used design and analytic approaches*. *Am J Public Health* 2008;98:1418-24.
- ¹⁶ Shadish WR, Matt GE, Navarro AM, Siegle G, Crits-Christoph P, Hazelrigg MD. *Evidence that therapy works in clinically representative conditions*. *J Consult Clin Psychol* 1997;65:355-65
- ¹⁷ Gunlicks ML. *Change in child psychopathology with improvement in parental depression: a systematic review*. *Adolesc Psychiatry* 2008;47:379-89.