

FAMIGLIE, BAMBINI e ADOLESCENTI

Linee guida per la costruzione di una buona alleanza terapeutica



Raffaele Riccardis
Psicologo-Psicoterapeuta
CRP Roma

Roma, 28 Marzo 2021

SISTEMI MOTIVAZIONALI

Per **SISTEMA MOTIVAZIONALE** si intende il processo mentale che regola un particolare genere di condotta e i relativi stati interni (emozioni o sensazioni corporee) in vista di una specifica meta (Lichtenberg 1989)

Secondo la prospettiva cognitivo-evoluzionista, i sistemi motivazionali sono fondati su **potenti tendenze innate**, frutto dell'evoluzione darwiniana e **regolano comportamento ed emozioni in vista di specifiche mete.**

SISTEMI MOTIVAZIONALI

“L’uomo ha una vita di relazione fondata su alcune forme basilari, a cui è predisposto per via innata;

queste forme di relazione appaiono come condotte soggette a regole;

ogni sistema di regolazione di una data forma di relazione corrisponde ad un valore evolucionistico di sopravvivenza e di successo riproduttivo per tutti i contraenti della relazione.

Ogni forma di relazione, dunque, può essere considerata come un insieme o sistema di regole di condotta sociale, che è comodo chiamare, per brevità, «sistema comportamentale» o «sistema motivazionale» interpersonale”. (Liotti, 1994)

SISTEMI MOTIVAZIONALI

Possiamo considerare tre livelli di sistemi motivazionali secondo la teoria del cervello triuno di MacLean: rettiliano, antico-mammifero (o limbico) e neocorticale.

1. I sistemi motivazionali del livello di base

(regolano le relazioni fra l'organismo e l'ambiente non sociale)

Il livello di base dell'architettura motivazionale è connesso all'attività di reti neurali localizzate nel cosiddetto cervello rettiliano (tronco encefalico, nuclei della base).

Questo livello della gerarchia è costituito anzitutto da

sistemi che controllano i comportamenti e le funzioni fisiologiche necessari al mantenimento dell'omeostasi corporea

(alimentazione, respirazione, termoregolazione, sonno, eliminazione di urine e feci).

SISTEMI MOTIVAZIONALI

Insieme a questi sistemi fisiologici, compongono il livello di base dell'architettura motivazionale, altri sistemi finalizzati a:

- proteggere dai pericoli ambientali (sistema di attacco/fuga, detto anche di difesa);
- Esplorare l'ambiente circostante (sistema esplorativo);
- Definire uno spazio privilegiato dove condurre la vita (territorialità);
- Procacciare cibo, sia nella modalità del predare (sistema predatorio) che in quella del raccogliere;
- Regolare l'accoppiamento sessuale

SISTEMI MOTIVAZIONALI

- *I sistemi motivazionali del secondo livello*

Aree cerebrali: amigdala, giro del cingolo

(regolano la comunicazione fra i membri del gruppo sociale in tutte le specie animali capaci di riconoscimento durevole fra conspecifici interagenti).

- Richiesta di cura e di vicinanza protettiva;
- Offerta di cura;
- Condotte aggressive ritualizzate che mediano la competizione per il rango sociale (dominanza-subordinazione)
- Comportamenti necessari per la formazione di coppie sessuali che durino nel tempo.

SISTEMI MOTIVAZIONALI

- Sistema del Gioco sociale/affiliazione
- Sistema motivazionale cooperativo

L'uso del dito indice per puntare verso un oggetto, invitando l'altro ad affiancarsi fisicamente o mentalmente per osservare insieme l'oggetto, compare intorno al **nono mese** di vita nel piccolo umano.

L'atto di indicare un oggetto ad un membro del gruppo sociale implica la capacità di percepire l'altro come fondamentalmente **simile a sé nell'intenzionalità**: dunque ***l'affiancarsi ad un altro condividendo l'oggetto dell'attenzione istituisce un tipo di percezione interpersonale essenzialmente paritetico***, che è la caratteristica fondamentale della motivazione cooperativa.

SISTEMI MOTIVAZIONALI

I sistemi motivazionali del terzo livello

Con la comparsa del suo livello neocorticale, la gerarchia delle motivazioni umane di base si completa.

INTERSOGGETTIVITA' E MOTIVAZIONI CONOSCITIVE

ATTACCAMENTO	ACCUDIMENTO	RANGO SOCIALE	COOPERAZIONE FRA PARI	LEGAME SESSUALE DI COPPIA	GIOCO SOCIALE E AFFILIAZIONE
DIFESA	REGOLAZ. OMEOSTATICA	PREDAZIONE	ESPLORAZIONE	SESSUALITA' RETTILIANA	TERRITORIALITA'

SISTEMI MOTIVAZIONALI

- La costruzione di strutture di significato (*schemi della memoria e del pensiero*) dipende ampiamente dalle *variazioni nell'esperienza personale*, che a loro volta dipendono dai processi motivazionali

SISTEMI MOTIVAZIONALI

ATTIVAZIONE, META E SEQUENZE EMOZIONALI TIPICHE DEI SMI

SISTEMA MOTIVAZIONALE DI ATTACCAMENTO

↓
ATTIVAZIONE, META: Percepita vulnerabilità per minacce ambientali, solitudine, sofferenza.

Conseguimento di vicinanza protettiva.

↓
SEQUENZE EMOZIONALI TIPICHE:

Paura di separazione, protesta (collera)tristezza da perdita, distacco emozionale.

➤ Conforto ricevuto, gioia di ricongiungimento, sicurezza (DISATTIVAZIONE S.ACCUDIMENTO) e esplorazione

SISTEMI MOTIVAZIONALI

SISTEMA MOTIVAZIONALE DI ACCUDIMENTO

ATTIVAZIONE, META: separation cry emesso da un membro del gruppo sociale.

Altri segnali di richiesta di aiuto/comforto

SEQUENZE EMOZIONALI TIPICHE: Ansiosa sollecitudine, tenerezza protettiva, gioia per la protezione/cura offerta con successo.

Colpa per non aver risposto alla richiesta.

- Termina quando cessano nell'altro le condizioni di pericolo e di dolore.

SISTEMI MOTIVAZIONALI

SISTEMA MOTIVAZIONALE AGONISTICO (di rango)



ATTIVAZIONE, META: percepire che una risorsa ambientale è limitata. Segnali di sfida emessi da un membro del gruppo sociale.



SEQUENZE EMOZIONALI TIPICHE: collera, paura, vergogna, resa (umiliazione), tristezza per la sconfitta. Collera, senso di orgoglioso trionfo, disprezzo verso lo sconfitto.

SISTEMI MOTIVAZIONALI

SISTEMA MOTIVAZIONALE SESSUALE (o di coppia)



ATTIVAZIONE, META: segnali interni (assetti ormonali). Segnali esterni (comportamenti di seduzione)



SEQUENZE EMOZIONALI TIPICHE: desiderio erotico, eccitamento del contatto sessuale, orgasmo.
Sentimento di progressivo legame al partner, gelosia.
Altri sistemi motivazionali(attaccamento-accudimento, rango, cooperazione fra pari).

SISTEMI MOTIVAZIONALI

SISTEMA MOTIVAZIONALE COOPERATIVO (paritetico)



ATTIVAZIONE, META: invito a condividere un interesse per qualche aspetto della realtà (esempio: indice puntato verso un oggetto).



SEQUENZE EMOZIONALI TIPICHE: sentimento piacevole di condivisione, interesse, fiducia, gioia, per il raggiungimento congiunto di un obiettivo. Sentimento di lealtà reciproca, colpa per averlo tradito oppure dolore e collera per aver sentito il tradimento.

SISTEMI MOTIVAZIONALI

Gli altri due sistemi motivazionali, il **SISTEMA DI GIOCO SOCIALE** e il **SISTEMA DI AFFILIAZIONE AL GRUPPO**, hanno modalità d'innescò e sequenze emozionali non molto dissimili da quelle del sistema cooperativo paritetico, implicando contesti di attivazione caratterizzati dalla condivisione di regole di condotta (regole del gioco) assimilabili all'attenzione condivisa tipica del sistema cooperativo, e da sentimenti di gioia, interesse, sicurezza e lealtà reciproca.

SISTEMI MOTIVAZIONALI

Si può dire che i SMI organizzano e finalizzano, senza che la loro attività sia necessariamente oggetto di attenzione e di coscienza riflessiva,

tanto la condotta interpersonale quanto l'esperienza emotiva e il pensiero discorsivo che l'accompagnano.

Essi sono dunque i principi organizzatori fondamentali di ogni interazione umana e possono operare sia al di fuori della coscienza sia divenendo oggetto di coscienza riflessiva.

SISTEMI MOTIVAZIONALI E ALLENZA TERAPEUTICA

All'interno del colloquio clinico si sviluppa o si dovrebbe sviluppare un **SISTEMA MOTIVAZIONE COOPERATIVO in entrambi i membri della diade terapeutica**, e implica sia quindi sia la condivisione dell'intenzionalità di base (terapeuta e paziente perseguono un obiettivo condiviso) sia una percezione interpersonale di pariteticità.

MODELLI OPERATIVI INTERNI

Le esperienze che il bambino fa con coloro che fin dall'inizio della vita e per lunghi anni gli forniscono cura (in genere i genitori) divengono ***potenti strutture di memoria e aspettative chiamati Modelli Operativi Interni capaci di influenzare le successive relazioni con nuove figure di Attaccamento*** (siano essi insegnanti, compagni di relazioni affettive durevoli o terapeuti).

LA STRANGE SITUATION

- E' la situazione di osservazione empirica più usata per studiare il ***sistema di attaccamento nei bambini di uno-due anni***. E' una procedura sperimentale consistente in 8 episodi della durata di 3 minuti ciascuno.
- Gli episodi si svolgono secondo una ***sequenza costante che prevede che il bambino sia in compagnia congiunta e alternata della madre e di una persona estranea***; sono osservate le reazioni del bambino alla separazione e al ricongiungimento con la madre.

LA PROCEDURA DELLA STRANDE SITUATION

1. La madre e il bambino vengono accompagnati in una stanza.
2. La madre e il bambino vengono lasciati soli e il bambino è libero di esplorare la stanza.
3. Entra un'estranea, si siede, parla con la madre e cerca di mettersi a giocare col bambino.
4. La madre esce dalla stanza. Il bambino e l'estranea rimangono da soli.
5. Prima riunione. La madre ritorna e l'estranea esce in maniera discreta. La madre consola, se necessario, il bambino e cerca di mettersi a sedere.
6. La madre esce dalla stanza. Il bambino rimane da solo.
7. L'estranea ritorna e cerca, se necessario, di consolare il bambino. Poi si accomoda sulla sedia.
8. Seconda riunione. La madre ritorna e l'estranea esce dalla stanza. La madre consola il bambino, se necessario, e cerca di tornare sulla sedia.

STILI D'ATTACCAMENTO

STILI DI ATTACCAMENTO

COMPORATMENTO DELLA MADRE

RISPOSTA DEL BAMBINO

<ul style="list-style-type: none">• <u>ATTACCAMENTO SICURO</u> Nell'adulto: ATTACCAMENTO SICURO	DISPONIBILITA' EMOTIVA CAPACITA' DI RISPONDERE	Angoscia da separazione, riceve conforto e gioca sereno
<ul style="list-style-type: none">• <u>ATTACCAMENTO EVITANTE</u> Nell'adulto: ATTACCAMENTO DISTANZIANTE SVALUTANTE	RIFIUTO	Manifesta poca angoscia da separazione Ignora la madre e resta inibito nel gioco
<ul style="list-style-type: none">• <u>ATTACCAMENTO RESISTENTE/AMBIVALENTE</u> Nell'adulto: ATTACCAMENTO PREOCCUPATO-COIVOLTO	VICINANZA INOSDDISFACENTE IMPREVEDIBILITA'	Angoscia da separazione, non tranquillizzato dalla riunione cerca il contatto con rabbia e spesso respinge la mamma. Inibito il gioco esplorativo
<ul style="list-style-type: none">• <u>ATTACCAMENTO DISORGANIZZATO</u> Nell'adulto: ATTACCAMENTO CON LUTTI O TRAUMI NON RISOLTI	SPAVENTATA/SPAVENTANTE	Reagisce alla separazione con comportamenti confusi e disorganizzati

MODELLI OPERATIVI INTERNI E

RELAZIONE TERAPEUTICA

La teoria dell'Attaccamento prevede 4 tipi di relazione terapeutica:

- **Sicuro**: i pazienti mostrano coerenza nel chiedere cura al terapeuta e nel ricevere l'aiuto offerto
- **Evitante**: sperimentano particolare solitudine o sofferenza,divengono più chiusi al dialogo col terapeuta
- **Ambivalente**: oscillano fra chiedere conforto o aiuto e resistere in maniera ambivalente alle risposte del T

MODELLI OPERATIVI INTERNI E RELAZIONE TERAPEUTICA

Disorganizzato: esperiscono la relazione di aiuto in maniera decisamente drammatica ad es. con fantasie catastrofiche di danno, abbandono, sfruttamento o totale inadeguatezza delle risorse del terapeuta nel fronteggiare le loro emozioni dolorose.
(Liotti, Farina, Rainone, 2005)

Se le risposte del Terapeuta alle esigenze di aiuto del paziente divergono da quelle che avevano ricevuto dalle figure di Attaccamento,

il MOI del paziente cambierà e i MOI insicuri prima dominanti potranno essere sostituiti da MOI sicuri.

RELAZIONE TERAPEUTICA E ALLEANZA TERAPEUTICA

- Tra i due costrutti esiste una relazione gerarchica essendo ***la relazione terapeutica sopraordinata concettualmente all'alleanza terapeutica***: l'alleanza terapeutica è solo una delle variabili, anche se probabilmente la più importante ai fini dell'efficacia della psicoterapia.

RELAZIONE TERAPEUTICA E ALLEANZA TERAPEUTICA

- Sullivan (1954) descrive la relazione terapeutica come l'incontro tra un esperto che cerca di capire le problematiche del paziente e gli eventi che le hanno determinate, e un paziente che cerca di migliorare la qualità della sua vita attraverso la comprensione di se stesso e delle principali dinamiche interpersonali disfunzionali.
- Sullivan sottolineò la funzione del **terapeuta** in qualità di osservatore partecipe: ***partecipe perché il terapeuta è inevitabilmente coinvolto in tutti i processi interpersonali che avvengono in terapia.***

RELAZIONE TERAPEUTICA E ALLEANZA TERAPEUTICA

Una volta identificate le distorsioni dell'esperienza interpersonale all'interno della **relazione terapeutica**, si apre l'importante possibilità di fornire al paziente ***un'esperienza emozionale e relazionale correttiva*** (Alexander 1946).

Il feedback sull'andamento della terapia è un fattore inerente alla relazione terapeutica, perché implica la possibilità di ***monitorare e condividere in maniera continuativa le sensazioni del paziente sui vissuti e sulle problematiche inerenti la DIADE terapeutica*** e dunque indica la capacità di mettersi in discussione da parte di entrambi.

RELAZIONE TERAPEUTICA E ALLEANZA TERAPEUTICA

La terapia cognitiva ha fondato il suo intervento su una similitudine che rimanda con chiarezza all'alleanza fra terapeuta e paziente: *la relazione terapeutica, improntata all'empirismo collaborativo*, è simile ad una relazione fra due scienziati esperti.

I due "scienziati" condividono il tema centrale dell'indagine congiunta e del cambiamento, dove

il terapeuta è l'esperto dei processi del funzionamento umano e possiede strumenti e tecniche d'intervento, mentre il paziente è l'unico vero esperto di sé esistente al mondo.

(Bedrosian, BECK, 1980; Golden, Dryden, 1986; Safran, Segal, 1990/1996).

COSTRUZIONE DELL' ALLEANZA TERAPEUTICA

I STEP Tipologie di INVIANTE:

- 1) INVIANTE che *non ha influenza* sul paziente/terapeuta
Non crea problema nell' operato del terapeuta
- 2) INVIANTE che *ha influenza* sul paziente/terapeuta
Ne devo tenere conto

COSTRUZIONE DELL' ALLEANZA TERAPEUTICA

I STEP Tipologie di INVIANTI:

1. Inviante funzionale

A) **CONSAPEVOLE** (che vuole sapere)

B) **DISINTERESSATO** (che non vuole sapere)

Devo tener conto delle sue regole (forniscono o non informazioni secondo le caratteristiche dell'inviante, vale a dire quanto vuole sapere)

COSTRUZIONE DELL' ALLEANZA TERAPEUTICA

I STEP Tipologie di INVIANTI:

2. Inviante disfunzionale

Tende ad entrare nella relazione terapeutica

A) INVIANTE META (si pone ad un livello superiore rispetto al terapeuta e al paziente)

(Es. capo servizio, “Devi fare...”)

B) INVIANTE ANTAGONISTA

Si mette allo stesso ruolo del TERAPEUTA

Es. (terapeuta che ha già lavorato con l'individuo o famiglia e la sua terapia non ho funzionato)

Si può mettere in contrasto , non smetterà di darà consigli

Rischio di due “terapie” in contemporanea.

C) INVIANTE COINVOLTO

Legato alla famiglia, “come se fosse un membro della famiglia”

COSTRUZIONE DELL' ALLEANZA TERAPEUTICA

I STEP Tipologie di INVIANTE:

Come agire

- A) Atteggiamento del terapeuta: agire secondo indicazioni (chiedere suggerimenti al SUPERVISORE)

- B) Atteggiamento del terapeuta: Rimandarlo/i indietro
“La mia terapia non sta funzionando”

- C) Atteggiamento del terapeuta: Inviante partecipa alla terapia
A volte sanno più informazioni dei familiari
Successivamente comprenderà che può sganciarsi da quel sistema e non ne prenderà parte

COSTRUZIONE DELL' ALLEANZA TERAPEUTICA

I STEP *L'inviante (vedi le differenti tipologie)*

Ottenere informazioni sull'invio è un'operazione che consente di effettuare una prima valutazione tanto delle aspettative quanto della motivazione che lo sostiene nella relazione con il terapeuta.

L'analisi della richiesta dell'inviante è importante per comprendere anche chi convocare in prima seduta.

Es: In casi in cui chiama un genitore per un bambino o adolescente che non è favorevole alla terapia, convocare l'inviante-coppia genitoriale con il ragazzo.

Qualora il ragazzo non viene, si prende in considerazione un lavoro soltanto con l'inviante (coppia genitoriale).

COSTRUZIONE DELL' ALLEANZA TERAPEUTICA

II STEP Contatto telefonico

- ❑ Tener conto della figura con la quale abbiamo il primo contatto telefono
- ❑ Spesso tale figura è particolarmente “agganciata” al problema e/o per figlio/a per il quale sta chiedendo aiuto.

Atteggiamento nel colloquio telefonico:

- Se la persona ha incessante bisogno di raccontare la problematica o inizia a raccontarla, soprattutto se molto preoccupata, **lasciare uno spazio breve d'ascolto**.
- Se dovessero chiamare altre figure di supporto alla coppia genitoriale, invitare i genitori a chiamare direttamente per un appuntamento.
- Si tiene conto della figura che ha chiamato per la famiglia (es. pediatra, parente ecc.) e si ricontatta successivamente per informazioni più specifiche e/o si invita a studio con la famiglia.

COSTRUZIONE DELL' ALLEANZA TERAPEUTICA

- **II STEP** *Contatto telefonico*

- Riferire che il primo incontro è con la coppia genitoriale
- Cercare di avere sempre entrambi i genitori in prima seduta.

Ciò è importante per costruire una buona alleanza terapeutica con entrambi. In tal modo si evitano il più possibile di cadere in coalizioni spesso cercate (consapevolmente o inconsapevolmente) dal genitore che richiede un colloquio individuale, soprattutto in casi di conflittualità.

- Oppure con l'intera famiglia/o i genitori con il figlio che "presenterebbe" il problema

Ricordare: ***Far firmare SEMPRE il consenso informato ad entrambi i genitori, per vedere bambini ed adolescenti.***

RELAZIONE TERAPEUTICA E ALLEANZA TERAPEUTICA

III STEP *Primo colloquio*

FASE SOCIALE

- Presentazione del terapeuta (Psicologo-Psicoterapeuta, Specialista in.../Mi occupo di)
- Presentazione della famiglia/bambino-adolescente (Nome-Cognome, che lavoro fa/che classe fa) e
- Chiedere le **PASSIONI** prima del **PROBLEMA**
Perché?
 - ❖ Ci interessa conoscere da subito le **RISORSE** di ogni componente della famiglia.
Se ci sono solo i genitori vale lo stesso processo.
 - ❖ Se pratica al momento le proprie passioni. Eventualmente cosa glielo impedisce
 - ❖ Si osservano se ci sono degli hobby in comune in famiglia e se vengono praticati insieme
 - ❖ Osservare quanto sono bilanciati i “pilastri” delle **FUNZIONI** e delle **PASSIONI** in ogni componente della famiglia

COSTRUZIONE DELL' ALLEANZA TERAPEUTICA

III STEP *Primo colloquio*

- ❖ Alleggerisce la tensione sul problema
- ❖ Focalizzazione sulle risorse
- ❖ Partire da ciò che piace è un'importante comunicazione che per il terapeuta le risorse sono più importanti del problema. E spesso dalle prime battute emerge uno sbilanciamento per un pilastro rispetto ad un altro.

Ci sono sistemi genitoriali più volti allo svolgere in maniera forte le proprie FUNZIONI a danno delle PASSIONI e viceversa. Ciò inevitabilmente sono fonte di problematiche per i figli.

Esempi clinici NICO e LUCA

COSTRUZIONE DELL' ALLEANZA TERAPEUTICA

- **III STEP *Primo colloquio***

Che cosa osservare della coppia genitoriale o dell'intero sistema familiare:

- Chi prende la parola per primo
- Se sono presenti conflitti tra i genitori (espliciti o impliciti)
- Grado di collaborazione
- Avvicinamenti e allontanamenti tra i membri della famiglia (tipologia di funzionamento familiare)
- Chiedere le **ASPETTATIVE INDIVIDUALI** sull'eventuale percorso terapeutico

Es. **“Cosa si aspetta da un'esperienza psicoterapeutica?”**

- Qualora fossero presenti aspettative negative, o credenze sfavorevoli si afferma che dopo pochi incontri **“si fa il punto della situazione sull'obiettivo che concorderemo in base alla vostra richiesta”** per vedere se continuare o terminare.

COSTRUZIONE DELL' ALLEANZA TERAPEUTICA

IV STEP Esposizione del problema

- ❑ Il racconto del problema deve essere ascoltato da tutti i componenti della famiglia
- ❑ Cercare di dare lo stesso spazio a tutti nell'esposizione del problema (partendo dal genitore che assume un ruolo "up" all'interno del sistema familiare)

Perché è fondamentale tale aspetto?

Facciamo sentire parte integrante del lavoro terapeutico ogni componente della famiglia, cercando di reintegrare "da subito" chi è più periferico (genitore, fratelli, paziente "designato" ecc.) ES. Genitore disimpegnato

Questo movimento "**circolare**" nel "**dare parola**" ad ognuno è una linea che DEVE durare per l'intero percorso terapeutico

Lasciare spazio all'interazione ed osservarne i meccanismi interni

Nell'ascolto di ognuno si osservano le caratteristiche del funzionamento di ciascuno che vengono validate e rinforzate (risorse)

COSTRUZIONE DELL' ALLEANZA TERAPEUTICA

IV STEP Esposizione del problema

- Può capitare che le risorse individuali di un genitore non vengono più utilizzate e si coglie l'occasione per riassegnare pian piano competenze sulle quali ha smesso di investire
- In tal modo si presenta **l'AUTONOMIA GENITORIALE** nell'area di competenza/risorsa del genitore (area in cui sente di poter dare di più al figlio)
- Questo muove pian piano una nuova collaborazione tra i genitori con specifiche aree di competenza e suddivisione dei compiti

***UN CAMBIAMENTO NON SI COSTRUISCE MAI SENZA LA VALIDAZIONE DI
SOFFERENZE E COMPORTAMENTI ANCHE FORTI E DISFUNZIONALI,
OVE LA LORO ESISTENZA SI MOSTRA NECESSARIA PER CONTINUARE A
POTER "SENTIRSI" E FAR SENTIRE***

COSTRUZIONE DELL' ALLEANZA TERAPEUTICA

IV STEP **Esposizione del problema**

Ciò che è importante fare prima della definizione/riformulazione del problema è chiedere precisamente che cosa ha fatto la famiglia e il bambino/adolescente fino al momento della conoscenza del terapeuta per risolvere il problema.

- ❑ Il riconoscimento delle **“TENTATE SOLUZIONI”** ci dà informazioni sulle strategie di coping (risorse impiegate) e sul funzionamento del sistema familiare.
- ❑ Tale visione riduce proposte terapeutiche già sperimentate dalla famiglia che hanno riportato scarsi o parziali risultati efficaci.
- ❑ Dal momento in cui ci rivolgiamo a tutte le persone della famiglia seminiamo “da subito” che per risolvere il problema è necessario il contributo di tutti.

Es. ***“Mamma e papà, suppongo che gestire i comportamenti di Alfonsino che mi avete raccontato non sia semplice, credete che possano esservi d'aiuto delle indicazioni per aiutare vostro figlio?”***

COSTRUZIONE DELL' ALLEANZA TERAPEUTICA

V STEP RIFORMULAZIONE DEL PROBLEMA

RIFORMULAZIONE DEL PROBLEMA (che tiene conto della spiegazione di tutti)

- Riscontro della famiglia sulla riformulazione
- Quasi sempre la richiesta di aiuto verte su un comportamento sintomatico di un figlio
- E' il figlio che attraverso il sintomo (comportamento sintomatico) "conduce la famiglia in terapia e dunque a chiedere aiuto.
- Nella riformulazione tenere conto sempre il sintomo perché è questo che ci ha messo in contatto con la famiglia
- La famiglia chiede di migliorare e/o risolvere il comportamento del figlio
- Dobbiamo rispondere a ciò che ci viene chiesto (anche se osserviamo conflitti familiari sottostanti che potrebbero essere la "causa del problema"!)

Nella fase di assessment oltre ai colloqui clinici si somministra una **batteria testologica**.

COSTRUZIONE DELL' ALLEANZA TERAPEUTICA

VI STEP FORMULARE OBIETTIVO TERAPEUTICO

Esplicita condivisione di *obiettivi* da parte del paziente/famiglia e del terapeuta:

Raggiungere una piena condivisione degli obiettivi di cambiamento in fase di negoziazione rappresenta il perno centrale del processo della costruzione dell'alleanza terapeutica.

La negoziazione di obiettivi e compiti fra paziente e terapeuta fra paziente e terapeuta è un momento fondamentale nella **COSTRUZIONE DELL'ALLEANZA TERAPEUTICA**.(Bordin, 1994).

L'obiettivo terapeutico (Es. Nino deve riuscire a fare i compiti) deve essere condiviso da tutti e sul quale devono partecipare tutti.

COSTRUZIONE DELL' ALLEANZA TERAPEUTICA

VI STEP FORMULARE OBIETTIVO TERAPEUTICO

L'obiettivo terapeutico deve essere **CONCRETO, OSSERVABILE e MISURABILE** e in qualche modo che si può **INFLUENZARE** (Es. rispettare l'orario nel rientrare a casa)

Es. **Indagine sul SINTOMO:**

E' sempre presente o è incostante?

Si manifesta all'improvviso o è prevedibile?

Scompare di colpo o lentamente?

Ci sono dei momenti in cui si intensifica?

Si verifica più di giorno o di notte?

Nei giorni lavorativi o nel fine settimana?

Quante volte si presenta in un'ora?

Chi è presente quando si verifica il comportamento X?

COSTRUZIONE DELL' ALLEANZA TERAPEUTICA

- **CHIAREZZA E' UN VINCOLO COLLABORATIVO** (se accordo non chiaro e famiglia/bambino-adolescente sicuramente meno collaborativi)
- 1. Permette un confronto nel tempo circa l'evoluzione del trattamento e ci permette di affinare strategie e tecniche attraverso il **PROCESSO STOCASTICO**
Riscontro incontro per incontro chiaro di quanto e come stanno collaborando per continuare su quella linea o modificare l'intervento
- 2. Chiedere alla famiglia come preferiscono essere aiutati: si promuove l'autonomia delle caratteristiche di ciascun genitore benché si arrivi al raggiungimento dello scopo concordato.
- 3. **COLLOCAZIONE DEL TERAPEUTA** all'interno del SISTEMA TERAPEUTICO
- 4. **RESPONSABILITA' DEL TERAPEUTA**

COSTRUZIONE DELL' ALLEANZA TERAPEUTICA

Strategie cliniche:

Accettazione o non della famiglia alla richiesta di collaborazione:

- Quando la famiglia è favorevole da subito a collaborare si decide se fare un Parent Training e un lavoro individuale con il bambino/adolescente, o incontri relazionali diadici/triadici o intera famiglia.
- Nel caso in cui il ragazzo non vuole venire in terapia, si propone alla famiglia un lavoro sul sistema genitoriale
- Nel caso non “possiamo” ottenere da subito la collaborazione della famiglia (Il problema è di Nino che non fa...che si comporta...che è maleducato...ecc.) e la famiglia richiede “solo” la presa in carico del figlio, l'accettiamo STRATEGICAMENTE



INTERSEZIONE COLLUSIVA

COSTRUZIONE DELL' ALLEANZA TERAPEUTICA

Il significato di *intersezione collusiva* riguarda:

- ❖ Accettazione delle “regole” del sistema-genitoriale di “delega” (Vedi casi Valerio e Sara)
- ❖ E' il bambino che “**fa entrare la famiglia in terapia**” e attraverso lui con il nostro aiuto strategicamente dobbiamo “far accomodare” i genitori in seduta

ESEMPIO

“Signora lavorando sull'obiettivo dell'impegno sui compiti scolastici Carlo ha deciso che vuole la sua collaborazione...”

- Ogni piccolo obiettivo ha una duplice negoziazione/accordo
 - a) Terapeuta - bambino
 - b) Figlio – Genitori

Fino a raggiungere una buona capacità negoziale tra componenti della famiglia.

COSTRUZIONE DELL' ALLEANZA TERAPEUTICA

1. Il tipo di “*legame affettivo*” che si costituisce fra terapeuta e paziente/famiglia due, caratterizzato da reciproche aspettative di fiducia e rispetto.
2. Cooperazione paritetica come condivisione nell'attenzione di un obiettivo congiunto quale marcatore del **SISTEMA COOPERATIVO**

Modulazione di avvicinamento e allontanamento del terapeuta rispetto alla tipologia del MOI prevalente nel paziente e al tipo di Organizzazione di significato persnole(V. Guidano)

Bibliografia

- G. Liotti, F. Monticelli ***Teoria e clinica dell'alleanza terapeutica***, Raffaello Cortina, 2014
- Giovanni Liotti, ***La dimensione interpersonale della coscienza***, Carocci editore, 2005
- Liotti G, Monticelli, ***I sistemi motivazionali nel dialogo clinico:Il manuale AIMIT***, Raffaello Cortina, 2008
- E. Fivaz-Depeursinge, A. Corboz-Warnery, ***Il triangolo primario***, Raffaello Cortina, 2000
- M. Malagoli Togliatti, S. Mazzoni, ***Osservare, valutare e sostenere la relazione genitori-figli***, Raffaello Cortina, 2006