

A.Mosconi¹

TERAPIA RELAZIONALE-SISTEMICA CON L'INDIVIDUO:

IL "QUADRILATERO SISTEMICO" COME RIFERIMENTO PER LA COSTRUZIONE DI UN'IPOTESI BEN FORMATA E L'INTEGRAZIONE DI DIFFERENTI OTTICHE DI LAVORO

ovvero

"Fai una buona ipotesi e poi fai quello che vuoi"

La Terapia Individuale Sistemica è un tema che stimola molto interesse in quanto contiene in sé un paradosso e si pone all'intersezione di diversi contesti. Proprio per questa sua caratteristica lascia spazio per l'approfondimento di molte tematiche. A me particolarmente care, ad esempio, sono quelle relative alla gestione della relazione terapeutica ed alla rilettura in chiave sistemica di tecniche e strategie provenienti da altre ottiche. Qualcosa che ha a che fare con la cibernetica della mente in terapeutica (B.P.Keeney 1986).

Mi accingerò, quindi, a rispondere da questo punto di vista a due quesiti a mio avviso cruciali:

- a) Perché ed in che senso la definisco SISTEMICA
- b) Quali le caratteristiche salienti del setting, (tempi, strategie, ecc...)

Iniziamo

- a) Premesse della terapia, perché ed in che senso la definisco SISTEMICA

Più che di "Terapia Individuale Sistemica" sento più adatto al mio modo di procedere parlare di "Terapia Relazionale-Sistemica con l'individuo". La sottolineatura può sembrare oziosa, ma voglio così dare maggior rilevanza al pensare l'Ottica Relazionale-Sistemica come la cornice. In essa si può iscrivere ogni terapia sia essa con la Famiglia, con l'Individuo o con un Sistema di relazioni diverso, ma significativo per il problema presentato (équipe, Istituzione ecc...).

Terapia Individuale e Terapia Familiare, anche prima che se ne parlasse in modo distinto, sono sempre state, infatti, considerate due ambiti applicativi della Teoria Sistemica. Testimonianza di ciò ritengo sia il fatto che in molta letteratura sistemica la casistica clinica citata riguarda indifferentemente esempi di terapia con l'individuo e/o con la famiglia ritenuti illustrativi dei principi teorici via via esposti e non già di terapie di tipo diverso. Medesimi i principi ispiratori nonché le modalità di intervento coerenti con questi e complementari tra loro. La scelta dell'uno o dell'altro ambito di intervento viene descritto come dipendente piuttosto da criteri di opportunità di strategia clinica o di necessità di contesto e, quindi, riguardante piuttosto le indicazioni e controindicazioni.

L'affermare la primarietà dell'Ottica Sistemica mi sembra, inoltre, ancora più significativo nel caso della Terapia con l'Individuo in quanto molte sono le Ottiche da cui sono derivate in questo ambito riflessioni strategie e modalità di terapia. L'Ottica Sistemica, tuttavia, ha per sua specifica caratteristica quella di offrire una griglia di "analisi pragmatica dei diversi livelli della comunicazione". Perciò essa si è proposta, fin dai suoi esordi, come una sorta di meta-scienza capace di reinterpretare anche modalità terapeutiche derivanti da altre ottiche e di proporre ipotesi concernenti il legame ricorsivo che si crea tra la mente immanente l'individuo e la mente relazionale del sistema (J.Haley 1963)

Questa sua caratteristica ci permette, perciò, di fare, relativamente alla Terapia con l'Individuo una riflessione doppiamente Sistemica.

- Il primo livello riguarda la coerenza interna al modello con cui ci si dedica all'approfondimento delle diverse tematiche connesse a tale forma di terapia.

¹ Dott. Andrea Mosconi-Psichiatra, Psicoterapeuta, Didatta del Centro Milanese di Terapia della Famiglia, Co-Responsabile Didattico e Scientifico del Centro Padovano di Terapia della Famiglia

- Il secondo livello riguarda la possibilità di rapportarsi con il Sistema delle teorie. Vale a dire il riuscire a rileggere ed articolare acquisizioni e temi suggeriti da quest'ultime relativamente al lavoro con l'individuo, in modo autenticamente sistemico.

- Una prima sfida: Ma Freud era sistemico?

La mia risposta è, ovviamente e provocatoriamente: "Sì!" e voglio dimostrarlo.

Non tanto perchè, come citato da vari autori (A.S. Gurmman, D.P. Kniskern, 1995 P.Bertrando D.Toffanetti 2000), Freud almeno una volta intraprese l'analisi di un marito e di una moglie contemporaneamente, non perchè l'ipotesi sistemica del "Triangolo Perverso" assomiglia così tanto al "Triangolo Edipico" il quale, comunque, traccia una inevitabile relazione tra l'intrapsichico ed il relazionale, non perchè affermò:

"secondo le mie ormai numerose esperienze, i genitori hanno la parte principale nella vita psichica infantile di tutti i futuri psiconevrotici" (S.Freud 1899),

ma perchè Egli aveva chiaramente intuito alcuni concetti fondamentali dell'Ottica Sistemica quali: "la Circolarità" delle interazioni umane ed il concetto prettamente sistemico di "Paziente Designato".

Ed eccone le prove:

- nella citata analisi dei coniugi Strachey, che sarebbero, in seguito, diventati i traduttori inglesi delle sue opere. Freud era giunto a cogliere perfettamente come esistesse la complementarità, che oggi chiameremmo circolarità, tra la depressione della moglie e la struttura ossessiva del marito. Lei poteva sottrarsi, così, almeno in parte, alle pressioni di lui che, dal canto suo aveva l'illusione di controllarla. Egli, infatti, conclude il trattamento con la frase seguente

"...Non possiamo farci alcun rimprovero se la nostra fatica rimane senza successo e viene prematuramente interrotta perchè alla resistenza della moglie ammalata era venuta a sommarsi quella del marito. In effetti avevamo intrapreso qualcosa che data la situazione era impossibile" (S. Freud.1915-17).

Ancora più sbalorditivo è, tuttavia, quello che egli afferma ne "il senso dei sintomi", lezione diciassettesima della già citata "Introduzione alla Psicoanalisi" (Freud S. 1915-17), a proposito di una signora che soffriva di gravi manifestazioni ossessive:

"durante il giorno eseguiva, tra le altre, una singolare azione ossessiva. Correva dalla sua camera in una attigua, lì si metteva in un certo posto presso il tavolo che era al centro, suonava alla cameriera, le dava un incarico qualsiasi....e quindi correva nuovamente indietro".

Un bel giorno, durante l'analisi, la Sig.ra ebbe un'intuizione e racconto quanto si connetteva all'azione ossessiva:

"Più di dieci anni prima aveva sposato un uomo di gran lunga più anziano, il quale durante la notte nuziale si dimostrò impotente. Era corso, quella notte, innumerevoli volte dalla propria camera a quella di lei, per ripetere il tentativo, ma ogni volta senza successo. Al mattino disse indispettito: "C'è da vergognarsi davanti alla cameriera, quando farà il letto"; afferrò una bottiglia di inchiostro rosso...e ne versò il contenuto sul lenzuolo, ma non nel posto giusto.....La paziente mi condusse al tavolo e mi fece vedere una grande macchia sulla tovaglia"

Fin i fatti, ma vediamo l'interpretazione che ne dà Freud:

"La paziente si identifica con suo marito; ne recita la parte imitando il suo correre da una stanza all'altra...da anni vive separata da lui...ma in realtà non si è affatto liberata di lui,...."

e fin qui l'interpretazione si mantiene nella sfera intrapsichica, ma poco dopo sorprendentemente aggiunge:

*“L'azione ossessiva dice dunque: Noh! Non è vero egli non aveva da vergognarsi di fronte alla cameriera, non era impotente.....**anzi il vero segreto della sua malattia è che per mezzo di questa lo protegge** dalle maldicenze, giustifica la loro separazione materiale e gli consente una comoda vita propria.”.*

UN PARAGONE UN PO' AZZARDATO?

Nel capitolo della Pragmatica della Comunicazione Umana che porta, curiosamente, il medesimo titolo di quello di Freud, P.Watzlawick citando J.Fry a proposito della “senso del sintomo” di una paziente depressa, afferma

*“**Le difficoltà della paziente adempiono alla funzione di permettere al coniuge di evitare molte situazioni in cui potrebbe provare angoscia.....senza che si sia trovato di fronte alla possibilità di presentare certi sintomi**”* (Fry J. In Watzlawick P. et al. 1967)

L'assoluta analogia dei due brani ci restituisce, in modo evidente, l'immagine di un Freud che ben aveva intuito quanto dicevo più sopra il concetto di “Circolarità” e di “Paziente Designato”.

Ad ulteriore conferma di quanto sto argomentando voglio citare quello che sembra essere “un curioso lapsus” commesso in un articolo ancora precedente e che sembra testimoniare l'aver intuito, da parte del nostro buon Sigmund, anche la “Totalità del Sistema”. Egli, infatti, scrive:

*“Per ciò che si riferisce al trattamento dei parenti confesso la mia totale perplessità e **ripongo in generale scarsa fiducia in un loro trattamento individuale**”* (S.Freud 1912)

Egli, come ben si sa, vuol dire che uno stesso analista non deve prendere in terapia più componenti della medesima famiglia, cosa che resterà poi come una legge nella pratica dei professionisti di questa disciplina. Ma nel farlo pare dire:

*“**i parenti vanno trattati solo assieme non individualmente**”*

In realtà egli più volte afferma che ben sapeva che i suoi pazienti avevano dietro le spalle famiglie conflittuali e che lui decideva di non occuparsene solo in quanto gli mancavano gli strumenti per intervenire sulle relazioni. Sempre nell'Introduzione alla Psicoanalisi nella lezione ventottesima sulla terapia analitica, infatti, afferma suggestivamente:

*“ Il trattamento psicoanalitico è da paragonarsi ad un intervento chirurgico.....Chiedetevi quante di queste operazioni avrebbero buon esito se dovessero aver luogo alla presenza di tutti i membri della famiglia....Nei trattamenti psicoanalitici l'intrusione dei congiunti costituisce un forte pericolo, **un pericolo cui non si sa come far fronte....**si corre il pericolo di perdere la fiducia del malato che - del resto a ragione - esige che il suo uomo di fiducia prenda anche le sue parti.....i parenti più prossimi del malato, talvolta, rivelano scarso interesse al fatto che guarisca piuttosto che resti com'è....**la nevrosi è connessa con conflitti tra membri della famiglia**...Forse dal mio ammonimento a guardarsi dai congiunti, traete la conclusione che, ai fini della psicoanalisi si debba togliere gli ammalati dalla loro famiglia.....non sono d'accordo, è assai più consigliabile che gli ammalati rimangano nella condizioni che li obbligano a lottare con le loro solite difficoltà....Bisognerebbe che i congiunti non si opponessero in modo ostile agli sforzi del medico: **ma come influenzare questi fattori che ci restano inaccessibili**. Non è difficile indovinare, inoltre, fino a che punto le prospettive di riuscita di un trattamento siano determinate dall'ambiente sociale”* (Freud S. 1915-17)

Più chiaro di così non avrebbe potuto essere.

Utilizzando lo strumento delle associazioni libere e del Transfert (concetto peraltro con vaste suggestioni relazionali) egli non possedeva un modello di lavoro sulle relazioni e finiva ad accorgersi di venire triangolato nei conflitti. Per questo e solo per questo conclude con la succitata frase:

“In effetti, avevamo intrapreso qualcosa che nelle condizioni esistenti era inattuabile”

Il mio desiderio, quindi in questa sede, è portare acqua al mulino della teoria che alcune intuizioni ed ipotesi attraversano le scienze del comportamento trasversalmente ripresentandosi nel tempo più volte come mappe plausibili e solo successivamente trovano l'adeguata cornice teorica. Avere presente ciò ci incoraggia ad **essere sistemici nel senso della seconda premessa esposta più sopra** e ci permette di considerare che tra le differenti teorie non esistono spesso vere contraddizioni anzi possono integrarsi una a vantaggio dell'altra e senza confonderle. A mio avviso, infatti, esse possono essere considerate tutte descrizioni plausibili, ognuna al proprio livello logico, di una medesima realtà: **l'uomo e le sue relazioni**. Tutto ciò, come si è detto, può essere particolarmente importante nella terapia individuale, purchè si abbia un modello che permetta di interconnettere le cose.

- Il “Quadrilatero Sistemico” come riferimento per la costruzione di un'ipotesi ben formata e l'integrazione di differenti ottiche di lavoro

Vi voglio raccontare una storia: la storia dell'Ottica Sistemica.

Essa ci offre, a mio avviso, la giustapposizione di concetti che coordinati tra loro possono offrire una mappa per costruire, a loro volta, ipotesi e storie ben formate. Tale mappa ci permette di connettere quattro dimensioni in una struttura che chiameremo, un po' paradossalmente: “Il Quadrilatero Sistemico”. Ma seguiamo il percorso:

Le premesse irrinunciabili dell'Ottica Sistemica erano e sono:

- 1) la relazione MENTE/CONTESTO, vale a dire: i processi mentali non stanno DENTRO, ma TRA
- 2) il COMPORTAMENTO/COMUNICAZIONE che sposta il focus di ogni indagine sulla relazione reciproca tra INTENZIONI INDIVIDUALI e EFFETTI PRAGMATICI dei comportamenti sulla comunicazione e sulla definizione della relazione tra i componenti di un sistema
- 3) la CIRCOLARITÀ e reciprocità delle comunicazioni: che annulla radicalmente ogni principio di attribuzione di COLPA, CAUSA e PATOLOGIA individuale

e sul piano degli interventi

- 4) la necessità che ogni INTERVENTO per la risoluzione dei problemi individuali debba comprendere anche un cambiamento delle relazioni

Tutte le acquisizioni, quindi, nate dalla ricerca interna o provenienti da altri campi ma compatibili con queste premesse hanno potuto essere accettate.

In tal modo nel tempo le ipotesi patogenetiche, formulate dai ricercatori sistemici, sono divenute più ricche e complesse secondo un “continuum” del quale vale la pena di ricordare le tappe principali

- Evoluzione delle teorie patogenetiche nell'Ottica Sistemica

La PRIMA IPOTESI, come è noto, fu quella del DOPPIO LEGAME. Essa tentò di essere un'ipotesi tanto generale quanto esaustiva dell'origine di ogni problema. L'articolo di C.Sluski e E.Veron (1976) “Il doppio legame come teoria patogena universale” ne è una suggestiva testimonianza. In esso gli autori formulano anche le prime ipotesi sulle diverse

caratteristiche dei doppi legami facenti parte dei contesti di apprendimento nei disturbi d'ansia. Su questo torneremo in seguito.

Le caratteristiche del doppio legame sono note e così riassumibili: l'avere l'esperienza, in una relazione vitale, del disagio creato da un'incongruenza nella comunicazione (verbale e non-verbale), senza che vi sia la possibilità di metacomunicare su di essa. Essa ha al suo centro l'ipotesi di una mente elaboratore di informazioni che vengono dalla relazione. Tali informazioni verrebbero immagazzinate secondo la teoria dei tipi logici in insiemi omogenei al fine di costruire la propria identità e trovare, così, il proprio posto nelle relazioni. L'incongruenza dei livelli verbale e non verbale, vissuti nella relazione, creerebbe una difficoltà della tipizzazione logica dei messaggi e quindi un'indecidibilità dei processi mentali e dell'identità stessa (G.Bateson 1972).

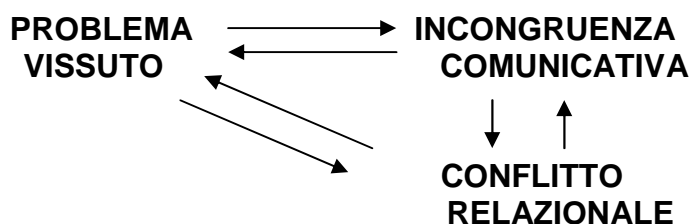
Si pone, quindi una prima correlazione.



Teoria tanto suggestiva quanto, poi, soggetta a critiche per la difficoltà di identificare gli indicatori "oggettivi" di tali incongruenze (C.E.Sluski D.C.Ramson 1979). Essa resterà, tuttavia, come vedremo alla base anche delle riformulazioni successive di "sindrome transcontestuale" (G.Bateson 1972) e, con un accento posto sui "significati condivisi", di "circuito ricorsivo bizzarro" (V.E. Cronen e Coll.1982) e delle "polarità semantiche" (V.Ugazio 1998).

La SECONDA IPOTESI fu quella della TRIANGOLAZIONE PREVERSA (J.Haley 1970). In essa il doppio legame entra a fare parte di un "gioco a tre" e si rende comprensibile come parte di un conflitto relazionale (agito per la maggior parte nella coppia) nel quale viene coinvolto un terzo che diverrà il paziente designato (spesso un figlio). Questa formulazione muterà radicalmente il modo di costruire ipotesi patogenetiche dal punto di vista sistemico. Essa potrebbe essere, a buon diritto, chiamata la prima vera "IPOTESI SISTEMICA". In essa, infatti, è per la prima volta presente, come principio esplicativo, un sistema a tre e viene incluso un principio gerarchico. Si ipotizza cioè che, in un sistema, noi cataloghiamo i messaggi anche a seconda della fonte di emissione. Secondo gli assiomi, infatti, ogni messaggio contiene un aspetto di definizione della relazione che connota la posizione che i partecipanti occupano nel sistema e quindi di potere nella relazione. Si viene a definire, così, una totale reciprocità tra: a) chiarezza e congruenza dei messaggi/ b) definizione delle regole relazionali/ c) definizione della gerarchie del sistema. Da questo momento in poi la stabilità dell'identità personale viene legata alla stabilità delle regole e della gerarchia del sistema. Benessere personale e buona organizzazione del sistema vengono così a sovrapporsi. ***Noi siamo il sistema che abbiamo introiettato!***

Si aggiunge così una nuova correlazione allo schema precedente:

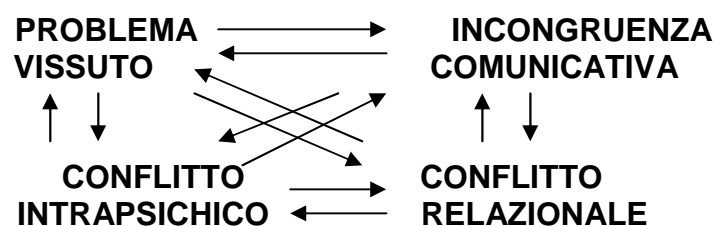


L'ipotesi della triangolazione permette di accedere alla fase successiva.

La TERZA IPOTESI è chiamata dei "GIOCHI RELAZIONALI". Essa è sostanzialmente una complessificazione dell'ipotesi della triangolazione su scala addirittura tri-generazionale (M. Palazzoli Selvini e coll. 1988) . Si comincia, così, a parlare ufficialmente di IPOTESI

SISTEMICA, intesa come ipotesi che concerna tutto il funzionamento del sistema, iscrivendo le strategie individuali nelle regole di insieme. Da questo momento formulare ipotesi sistemiche assume una posizione centrale nella ricerca e nella terapia. Se ne evidenziano, così, due funzioni principali: a) garantire l'attività del terapeuta e b) introdurre struttura ed informazione nel sistema familiare (M.Selvini Palazzoli e coll. 1980). Viene distinta, cioè, una *“funzione investigativa”* da una *“funzione narrativa”* (A.Mosconi e coll. 1999 M.Gonzo e coll. 1999). Sarà questa seconda funzione ad assumere, nel tempo, un'importanza sempre maggiore. Il terapeuta sistemico si accorgerà, cioè, che, interessandosi alle dinamiche dell'intero sistema, alla ricerca delle triangolazioni dovute a conflittualità non risolte, deve accrescere la sua capacità di costruire “storie ben formate” re introducendo nelle proprie categorie: TEMPO, STORIA, DESCRIZIONI INDIVIDUALI e LINGUAGGIO. La famiglia che ci narra la storia. “si narra la sua storia” e porta con sé descrizioni, miti, premesse ecc.....e l'ipotesi sui giochi familiari per specifica che possa essere è pur sempre una descrizione che bisogna condividere (A.Mosconi e coll. 1999). Essa, quindi, deve essere aderente anche alle premesse individuali (V.Ugazio 1984).

La QUARTA IPOTESI sarà, quindi, quella dei SIGIFICATI CONDIVISI (V.E.Cronen e coll.1982) e delle POLARITÀ SEMANTICHE (V.Ugazio1998). Si cercherà di rientrare nella “scatola nera” dell'individuo per cogliere in maniera più raffinata come le descrizioni dei propri conflitti intrapsichici si coordinino con quelle dei conflitti relazionali. Si chiude così il quadrilatero



(Mosconi A. 2004)

Ed ecco costruirsi attraverso l'articolazione di questi quattro livelli quello che abbiamo chiamato “il Quadrilatero Sistemico”. Il lato sinistro ci illumina le Dimensioni Individuali del problema ed il lato destro quelle Relazionali. Inoltre la parte superiore descrive la Dimensione Fenomenologica visibile mentre la parte inferiore quella non vista ma “Generatrice”.

Tale struttura ci permette di coordinare sui quattro livelli diversi aspetti della terapia quali:

- i temi dell'intervista con il paziente
- l'analisi del problema e la costruzione dell'ipotesi
- la costruzione della struttura narrativa intrinseca alla restituzione dell'ipotesi che decideremo di fare al nostro paziente
- la scelta e la scansione dei livelli di intervento che decideremo di mettere in atto, avendo anche la possibilità di articolare sulle diverse dimensioni anche interventi derivati da Ottiche diverse

Questo ci permette di mantenere assolutamente centrale nel nostro lavoro il tema dell'“IPOTESI SISTEMICA”, cosa, a nostro avviso, fondamentale. Ne gioverà la chiarezza e la leggibilità di quanto verremo proponendo, nonché la nostra capacità di scegliere cosa e come proporlo. Tutto ciò, come detto, lo riteniamo particolarmente utile nella terapia con l'individuo.

Volendo quindi riassumere alla luce di queste considerazioni perché ed in che senso, dunque, è Sistemica la nostra terapia con l'individuo diremo che:

- Pone a suo fondamento la premessa che ogni cosa si capisce in relazione al proprio contesto che è “matrice dei significati” (J.Ruesch G.Bateson 1951) e strutturante il modo di ognuno di noi di descrivere sé stesso e di dare significato alle proprie azioni
- Assume come propri tutti i principi derivanti dai principi sistemici esposti più sopra. Più in particolare:
 1. che ognuno di noi diviene, nel tempo, funzione della sua rete di relazioni significativa.
 2. che in relazione a ciò strutturiamo l'idea che abbiamo di noi stessi.
 3. che tale idea condiziona in particolare la nostra capacità di definirci e ridefinirci nelle relazioni, di considerarci, cioè, up o down.
 4. che di tale procedimento non siamo coscienti in quanto è difficile essere dentro e meta alle relazioni che viviamo. Inoltre esso riguarda il deutero-apprendimento e risponde agli aspetti impliciti dei messaggi, quelli, cioè, legati non al contenuto del messaggio, ma alla definizione della relazione che esso veicola e questo non è cosa a cui abitualmente poniamo attenzione. Da ultimo non ne siamo coscienti in quanto ciò necessita che ragioniamo almeno su triangoli relazionali e neppure questo ci è abituale (V.Ugazio 1998).
 5. che ove i messaggi che riceviamo ci mettano in contraddizione con l'idea di noi stessi nelle relazioni e non riusciamo più a dare un senso a ciò, lì inizia un problema. Dentro di noi si è, infatti, innescata una dinamica simmetrica e/o paradossale tra descrizioni di noi stessi che si riferiscono ad elementi e informazioni contraddittorie e il nostro senso di identità ne è minacciato (A.Mosconi 1993, A.Mosconi e coll. 1996)
- Assume, perciò, che nella esperienza umana siano ricorsivamente legati i quattro livelli del Quadrilatero Sistemico
- Assume che i problemi presentati dal paziente siano strettamente collegati alla posizione occupata nel sistema e alla funzione che egli è venuto a svolgere all'interno di conflitti familiari non risolti e che in relazione a ciò non riesce più a dare un senso a sé stesso e al proprio agire.
- Assume, perciò, che la terapia deve agire in diverso modo per fare uscire il paziente da tale situazione di incongruenza e di triangolazione e stimolarlo a costruirsi una diversa idea di sé e a ridefinirsi nelle relazioni per lui significative.
- Infine si considera Relazionale-Sistemica perché per ottenere tale scopo ad un primo livello utilizza con opportuni adattamenti, di cui diremo più avanti, tutto lo strumentario degli interventi sistemici da quelli di ristrutturazione a quelli strategici e prescrittivi, oltre ad eventuali interventi derivati da altre ottiche, ma articolandoli tutti attorno all'IPOTESI SISTEMICA vero e solo asse portante della terapia.

b) Caratteristiche salienti del setting, tempi, strategie e indicatori di esito

Suddividerò questo punto nei seguenti paragrafi:

- 1) Questioni generali di setting
- 2) Il processo terapeutico di decostruzione e ridefinizione del problema dal punto di vista del contenuto tematico dei colloqui
- 3) Questioni relative alle strategie utilizzate
- 4) Vincoli della relazione terapeutica

1) Questioni generali di setting

Tutto si impernia sulla ovvia considerazione che abbiamo a che fare con uno solo dei componenti del sistema. Tale realtà, tuttavia, porta con sé diverse conseguenze:

- *la relazione è particolarmente intensa* in quanto egli ci considera ed noi ci dobbiamo considerare il suo “consulente esclusivo”. La nostra accoglienza e la curiosità per i problemi che ci porterà così come la esclusività e la segretezza del nostro rapporto sono fondamentali. Ogni altra comunicazione su di lui dovrà, in linea di principio, passare attraverso di lui, chiunque sia il richiedente (familiari, amici, ecc....). Solo eccezionalmente e per il minor tempo possibile, in casi di estrema compromissione delle capacità cognitive del mio cliente mi è capitato di derogare a questo principio e di dare consigli di comportamento ai familiari a sua insaputa. L'obiettivo era quello di ridimensionare situazioni di eccessiva tensione al fine di creare lo spazio per un intervento. Quanto prima, tuttavia, il tutto veniva ricongiunto e messo in comune.
- *Pongo molta attenzione al livello di sofferenza soggettiva presentato* e al grado di compromissione delle qualità cognitive del mio cliente. al fine, da un lato di farlo sentire adeguatamente accolto e dall'altro decidere quali possono essere gli interventi più opportuni e quanto velocemente procedere alla decostruzione del problema. Tale procedimento che implica quasi sempre, come vedremo, una storicizzazione ed una contestualizzazione del problema stesso, richiede un tempo e può fare tardare una ridefinizione più generale del problema presentato. Cerco, allora, in queste situazioni di proporre alcune soluzioni immediate che, pur non contraddicendo la direzione di fondo della terapia, partano dalla situazione attuale e offrano un immediato sollievo. Ma di ciò parlerò più avanti.
- *Devo tenere sempre presente che il centro assoluto di tutto il lavoro saranno le descrizioni che la persona farà di sé e del suo sistema visto dal suo punto di osservazione.* Esse vanno, quindi, assolutamente considerate un punto di vista e vanno costantemente connesse alla funzione che egli è venuto ad occupare nelle relazioni familiari, specie in quelle conflittuali.
- *In tale lavoro di connessione manca il confronto in tempo reale tra i punti di vista dei componenti del sistema* e l'influenza degli interventi degli altri e sugli altri familiari con tutto il loro potenziale di accelerazione dei processi di cambiamento che ben conosciamo nelle sedute familiari. Questo condiziona più di ogni altra cosa le strategie terapeutiche.
- *Le discrepanze e le incongruenze delle descrizioni* del paziente o al loro interno o con i fatti accaduti acquistano, quindi, particolare rilevanza

2) Il processo terapeutico di decostruzione e ridefinizione del problema dal punto di vista del contenuto tematico dei colloqui.

L'obiettivo del processo terapeutico, coerentemente con quanto affermato più sopra, è fare uscire il paziente dalla perdita del senso di sé e delle sue azioni che sta alla base dei problemi vissuti.

A tal fine è necessario decostruire il problema presentato e ridefinirlo in modo che sia possibile lavorare per il cambiamento.

Il processo terapeutico seguirà, quindi, anche con l'individuo, le linee generali della conversazione terapeutica che descritto in precedenti lavori (A.Mosconi 1993 A.Mosconi e coll.1996). Le riassumo nei loro passaggi essenziali:

- cercare la connessione con il paziente

- allargare il campo di osservazione del paziente fino ad includere elementi da lui non previsti e/o considerati
- costruire delle aree di consenso sui dati condivisibili
- ridefinire il problema sulla base degli elementi condivisi, ma alla luce di premesse diverse e incompatibili con quelle del paziente

Risulta chiaro che il punto centrale di tale percorso è inevitabilmente e obbligatoriamente: L'IPOTESI SISTEMICA. La sua costruzione farà necessariamente parte dei due o tre colloqui iniziali di consulenza e premetterà di:

- fare una diagnosi relazionale del sistema familiare
- individuare la posizione del paziente
- connettere a ciò la funzione del problema presentato

Essa, inoltre se costruita con accuratezza trattando tutti gli temi connessi con i suoi "pilastri" portanti (storia del problema e suoi effetti pragmatici sul sistema, storia trigenerazionale, caratteri e relazioni, ecc...) (A.Mosconi M.Tirelli 1997 M.Gonzo e coll. 1999) permette al paziente di "raccontarsi" ed al sistema terapeutico di osservare e condividere dati, informazioni, storie, ecc...Essa svolge, quindi, appieno la sua funzione di allargamento del campo di osservazione, di storicizzazione e contestualizzazione del problema, cui si faceva cenno più sopra, nonché di costruzione delle aree di consenso, tessuto connettivo della relazione terapeutica.

In tutto ciò essa non differisce sostanzialmente dalla terapia familiare.

Con un solo individuo, tuttavia come detto più sopra, particolare importanza avrà l'analisi delle situazioni connesse con le contraddizioni vissute, delle incongruenze comunicative e dei doppi legami presenti in esse e dei conflitti relazionali sottesi.

In estrema sintesi TRE DOMANDE mi fanno da guida:

- che idea di sé sembra esprimere il paziente nelle sue relazioni e con me?
- come si è definito e si definisce nelle relazioni con gli altri?
- dove e come lo ha imparato?

In tutto ciò l'IPOTESI SISTEMICA mostrerà, appunto, tutta la sua potenza. A nostro avviso, inoltre, essa risulterà ancora più efficace se nel costruirla seguiremo lo schema proposto dal QUADRILATERO SISTEMICO. Seguendo la traccia segnata dai "pilastri dell'ipotesi", infatti, la decostruzione e ridefinizione del problema seguirà passo passo le quattro polarità del Quadrilatero illuminando tanto le dimensioni individuali (problema vissuto e Conflitto Intrapsichico) quanto quelle relazionali (Incongruenze Comunicative e Conflitto Relazionale) del problema. Ne gioverà la chiarezza e completezza del lavoro e mostrerà la sua efficacia nell'aiutare terapeuta e paziente a costruire "una storia ben fatta".

È, a nostro avviso, fondamentale sottolineare che nel lavoro con l'individuo poter condividere "una storia ben fatta" è di importanza cruciale. Proprio perché egli deve poter avere una "mappa forte" su cui lavorare e che sia tarata su di lui, in modo da potersela portare via come punto di riferimento per le sue esperienze fuori dallo studio. È un po' la voce del terapeuta che lo segue.

Di estrema importanza sarà, dunque, tenere presente che alla fine il centro deve essere fatto sulla parte che ci mette il paziente nel mantenimento della propria funzione (pur perdente) nel sistema e nel rinforzo del problema. Questo sarà importante anche al fine di mantenere una neutralità rispetto a tutto il sistema ed evitare, pur nella vicinanza emotiva con il paziente, coalizioni contro i familiari. Ribadisco che trovo questo un aspetto particolarmente importante in terapia individuale, necessario perché il paziente si concentri su sé stesso e su ciò che può fare lui per cambiare.

Da un punto di vista psicodinamico si direbbe che in questo modo si lavora sui suoi aspetti narcisistici integrando un esame di realtà e limitando gli aspetti proiettivi. Alla fine dei colloqui di consulenza avverrà la prima ridefinizione del problema. Su di essa e sulla sua condivisibilità si fonderà il “contratto” per la prosecuzione della terapia.

Successivamente il contenuto dei colloqui consisterà nella ricerca delle soluzioni. Esse potranno prevedere:

- una maggior precisazione dell'ipotesi
- la ridefinizione di situazioni in modo più adatto alla ricerca di vie di uscita
- la identificazione dei comportamenti che rinforzano il problema e la loro modificazione al fine di cercare insieme al paziente un modo diverso e più vantaggioso di definirsi nelle relazioni
- l'analisi delle reazioni del sistema a tutto ciò per illuminarne e comprenderne, in particolare, le eventuali apparenti incongruenze. Ancora una volta, ribadiamo la necessità di essere neutrali e non cadere nella tentazione di incolpare qualcuno. Questi, soprattutto quando dovessero insorgere, da parte di qualcuno, comportamenti interpretabili come ostacoli al cambiamento. L'atteggiamento del terapeuta sarà un po' quello di chi dice: “Beh! È ovvio che...tizio.....faccia così ognuno deve ben difendere i propri interessi nelle relazioni con gli altri..... e tu cosa puoi fare di utile!”

Progressivamente si cerca così di portare il paziente ad uscire dai vicoli ciechi a ritrovare il senso di sé e a ridefinirsi in modo più vantaggioso nelle relazioni che più erano state significative per la costruzione del problema.

3) Questioni relative alle strategie utilizzate

Vediamo di prendere in esame alcuni punti:

- Il contratto terapeutico si svolge in due fasi: *consulenza*: vengono definite così le due o tre sedute nelle quali, come detto, costruiamo l'ipotesi relazionale del problema e individuiamo gli obiettivi per cui lavorare; *terapia* (in senso stretto): definita come la parte del percorso in cui si cercano le soluzioni. È evidente che, ad un altro livello, la terapia in senso generale è l'intero percorso.
- La cadenza delle sedute: al di là delle sedute di consulenza che vengono fissate il più ravvicinate possibile in relazione alla sofferenza del paziente, per la terapia essa va, a mio avviso, concordata con il paziente sempre tenendo conto del livello di ansia e di come procede il lavoro di ristrutturazione fino a quel momento. Ritengo utile che ogni seduta termini con una idea significativa su cui riflettere o con qualche cosa da sperimentare. Se si è in una fase nella quale mancano questi punti di riferimento o il lavoro procede lentamente, è possibile, a mio avviso, concedere una seduta aggiuntiva o mantenere la cadenza delle sedute più ravvicinata per arrivare ad un qualche punto. In linea di massima, come risultato di tutte queste riflessioni, la cadenza delle sedute segue più o meno lo schema seguente:
 - *settimanale* inizialmente
 - *quindicinale e/o mensile*, appena si comincia ad identificare e mettere in pratica le soluzioni pensate. La mia impressione è, infatti, che giovi al paziente avere del tempo per sperimentare tali soluzioni.
 - *mensile*, in fase conclusiva
- Adattamento delle tecniche di conversazione: la premessa di ogni nostra considerazione è che essendo fondamentale la costruzione dell'IPOTESI SISTEMICA sarà necessario adattare le tecniche di conversazione utili a ciò, al contesto della terapia con l'individuo. Ovviamente le domande riflessive e domande

triadiche vengono modificate nel senso della presentificazione degli assenti come suggerito da L.Boscolo e P.Bertrando (1996).

Ritenendo, tuttavia, importantissimo rendere emotivamente pregnante tale presentificazione nonché i ricordi e le immagini ad essa connessi spesso faccio uso di altre tecniche che potremmo chiamare “di impatto” cognitivo (D.Beaulieu 2006), ne cito alcune:

- *foto di famiglia o delle diverse fasi di vita del paziente*: questa modalità viene ad essere integrativa della narrazione del secondo “pilastro” dell’ipotesi: la Storia Trigenerazionale. Essa si svolge in due fasi: la ricerca, tra i ricordi, delle fotografie significative e il commento alle stesse. La costruzione di un albero genealogico figurato nonché la rievocazione figurata delle diverse fasi della vita del paziente, permette diversi vantaggi: la ricerca attiva il paziente e lo incuriosisce, inoltre, gli offre spesso la possibilità di chiedere ai familiari cose cui nè lui nè loro avevano sino ad allora posto attenzione. Alle volte si tratta di avere accesso addirittura a dei veri e propri “Sancta Sanctorum” e violare degli spazi di segreto. La metafora di crescita sottesa è cosa che il terapeuta coglie e utilizzerà senza commentarla esplicitamente. D’altra parte questo può incuriosire anche i familiari offrendo la possibilità di accelerare confronti e discussioni sui temi evocati. In seduta, poi, commentando il materiale, la discussione si fa più coinvolgente e vivace. Ultimo, ma non ultimo, è possibile spesso scoprire attraverso i volti e le espressioni aspetti, caratteristiche personali e informazioni relazionali assolutamente nuovi. Ricordo due situazioni:

- 1) *una persona con un albero genealogico piuttosto complesso e pieno di notizie imprecise dovute a matrimoni infelici o a lutti trovò in questa ricerca la possibilità di scoprire e chiedere cose che gli fecero capire molte cose sino ad allora non chiare: p.es. come mai papà potesse essere divenuto alcoolista e mamma avesse potuto sposarlo nonostante ciò e se era plausibile pensare che la sua famiglia fosse sempre stata considerata di serie B, ecc....*
- 2) *un paziente depresso rivedendo le fotografie della sua adolescenza scoprì di avere un’espressione che gli restituiva un’immagine di sé più felice di quanto lui si ricordasse. Cerco ancora e trovò altre fotografie che lo ritraevano con i compagni di quel periodo. Riuscì a rievocare ricordi positivi cui non aveva più pensato e ad avere un’idea diversa delle proprie potenzialità.*
- 3) *Un’altra paziente, figlia di una coppia separata, improvvisamente si rese conto che da sempre Lei era stata la depositaria di tutte le memorie familiari.*

Le foto di famiglia potranno poi tornare utili anche successivamente per rendere più pregnanti alcune ristrutturazioni e/o rituali, vedremo questo in seguito.

- *interviste a casa ai familiari*: questa è una esigenza che spesso nasce spontaneamente dai pazienti stessi. Può essere integrativa ed accompagnarsi alla tecnica precedente. Oltre ad offrire possibilità analoghe a quanto detto sopra, permette anche di lavorare sulle relazioni familiari confermando e/o smentendo le ipotesi fatte.

Anche qui due situazioni:

- 1) *un paziente secondogenito di una famiglia in cui il primogenito era vissuto con i nonni e gli zii poté capire dalle reticenze con cui la madre rispondeva alle sue domande, quanto tale cessione era stata fonte di*

conflitti tra papà e mamma. Realizzò, allora, che la madre poteva avere fatto ciò per preservare il primogenito dai conflitti con il padre, mentre lui era rimasto lì in mezzo a fare da “cuscinetto”. Pensò, allora, che forse il fratello occupava un posto nel cuore della mamma maggiore del suo e vide in un'altra luce gli sforzi con cui nell'adolescenza si era impegnato a diventare il “maritino” di mamma e durante i quali aveva appreso ad essere un “salvatore di professione”. Capì allora come mai continuava a stare con una compagna che aveva anche molte altre relazioni che giustificava per il fatto di non essere pronta a legarsi perché questo le procurava angoscia.

2) *una paziente chiedendo a casa di poter discutere degli eventuali aiuti che i genitori erano disposti a darle per il suo futuro avvio professionale, poté scoprire che tutto era già destinato al fratello e che lei avrebbe dovuto fare conto su sé stessa. Sgradevole a scoprirsi, ma almeno più chiaro e realista e meno soggetto a doppi legami.*

- *disegni, test e altre tecniche di visualizzazione:* anche con il disegno o con il sussidio di materiale testistico oppure, più semplicemente, utilizzando gli oggetti che spesso popolano le nostre scrivanie, si possono visualizzare delle mini-sculture familiari che sono di grande utilità per presentificare in modo efficace gli assenti e potere, così, procedere in una indagine triadica e sistemica.
- Alcuni vincoli per gli interventi, ovvero, qualunque intervento è plausibile se saldamente legato all'IPOTESI. Sant'Agostino per far capire ai discepoli la più intima essenza del Cristianesimo e non rischiare di perdersi in mille regole e precetti soleva dire: “...ama e fa quello che vuoi...” se mi è permesso un paragone così alto, ma pensando alla terapia come un rapporto, comunque di alto significato “generativo”, mi viene, parafrasando, da ripetere ai terapeuti: “condividi una buona Ipotesi e poi fa quel che vuoi ” ovvero “....costruisci e condividi una buona Ipotesi Sistemica e poi fai qualunque intervento ti e vi sembri plausibile”. Voglio quindi ribadire che la Terapia Sistemica con l'individuo è Sistemica perché offre la possibilità di organizzare gli Interventi come “Sistema Strategicamente Coordinato” attorno all'Ipotesi. Come detto, anche in questo caso il “Quadrilatero” risulterà un utile strumento per riflettere su quale delle polarità viene ad agire l'intervento scelto. Se sul livello Intrapsichico o sulla Congruenza/Incongruenza della comunicazione o sulle Relazioni o.... .In questo modo è possibile essere flessibili ed utilizzare anche modalità di intervento derivate da altre ottiche terapeutiche e che possono adattarsi di più alle caratteristiche cognitive del nostro paziente senza perdere la coerenza. Voglio chiarire che non si tratta quindi di essere “multimodali”, ma di leggere gli interventi coerentemente in un'ottica pragmatica per come si possono collegare all'Ipotesi su cui stiamo lavorando con il nostro paziente. Alcuni esempi:
 - *tecniche strategiche in Ottica Milanese:* come detto nel lavoro con l'individuo ritengo sia fondamentale fargli sentire una relazione forte ed avere una grande cura del suo stato presente e del suo grado di sofferenza, essendo lui l'unico componente del sistema in terapia e quindi l'unico a farsi carico del cambiamento. Facevamo perciò cenno all'utilità di potergli proporre, quando necessario, soluzioni immediate che, pur non contraddicendo la direzione di fondo della terapia, partano dalla situazione attuale e offrano un immediato sollievo. In particolare ciò risulta utile in ogni momento in cui il sintomo/problema viene vissuto come molto “automatico” o incombente ed

egodistonico ed il paziente vive la sensazione angosciata di “non controllo di sé” e di “malattia”. Questo si verifica quasi sempre nella prima fase della terapia, ma anche in altri momenti del percorso di cambiamento come ad esempio nelle ricadute. In questi momenti mi sembra molto vantaggioso utilizzare, in Ottica Milanese, alcune tecniche derivate dalla terapia strategica e/o dalla terapia cognitivo-comportamentale. Le più utili, a mio avviso, sono:

- il “diario di bordo” (Nardone G.1991)
- la raccolta delle “situazioni uniche” che peggiorano e migliorano il problema (White M.1992)
- l'esercizio serale di prescrizione e peggioramento del sintomo ed una combinazione da me modificata delle tre che chiamo
- *il bilancio della giornata o 15 minuti serali di body-building della mente.* La descrivo per maggior chiarezza: *“Al paziente viene proposto di dedicare ogni sera 15 minuti circa per lavorare ad una maggiore conoscenza di sé, del suo problema e ad un migliore controllo delle sue emozioni. È importante che gli venga spiegato cosa dovrà fare con molta semplicità cercando di fargli apprezzare la facilità con cui il tutto può essere fatto. Egli dovrà innanzitutto e molto semplicemente munirsi di un quaderno. Dopo di ciò ogni sera egli potrà seguire in parte o totalmente questo percorso:*
 - 1) dare innanzitutto un voto, su una scala da 0 a 10, all'andamento della giornata che sintetizzi il livello di sofferenza sperimentato ed in particolare quanto è stato presente il problema o il sintomo portato. Una variante utile a rendere visivamente ed emotivamente più pregnante tale bilancio propone che venga fatto un grafico delle votazioni ponendo in ordinata i giorni ed in ascissa il grado di sofferenza (fig.1).

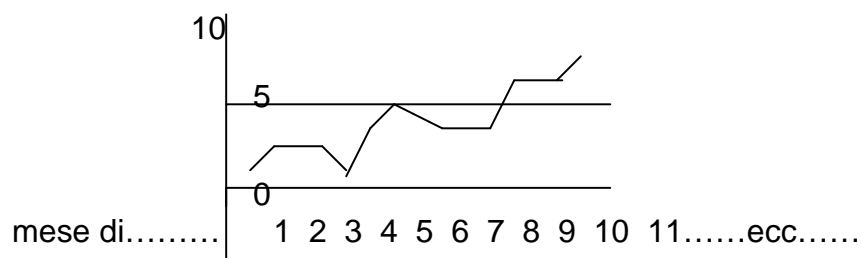


Figura 1: esempio di grafico di bilancio della giornata

In questo modo il paziente può avere un feed-back visivo del suo stato ed aumentare la capacità di calibrazione interna

- 2) dopo tale valutazione dovrà sintetizzare in poche righe (3-5) i motivi e/o le esperienze critiche che lo motivano a dare tale voto.
P.es. un signore che presentava ricorrenti episodi depressivi cui insisteva di non riuscire a dare un significato, ma nel corso dei quali pensava di abbandonare lavoro e famiglia, si trovò a scrivere:
*“oggi **voto 4** umore nero sono angosciato ho voglia di lasciare tutto. I due Direttori dell’Azienda litigano e quello mio amico vuole vendere tutto all’altro”*
.....successivamente.....
*”oggi **voto 4** il Direttore non amico mi vuole mettere la figlia in ufficio”*
.....e ancora....

"oggi voto 6 ho parlato con un amico che mi ha aiutato a fare uno schema dell'Azienda e delle possibilità. Andrò a parlare con il Direttore non amico".....

Ebbe così modo di riflettere al senso di quel lavoro nel quale era subentrato al padre alcoolista. Ad intercedere per questo era stata la madre di cui egli era il figlio/marito. Era divenuto così il figlio prediletto del Direttore amico. Non solo, ma questo ci portò a riflettere sul come mai desse così grande importanza all'ambiente di lavoro offrendoci la possibilità di interrogarci sul rapporto con la moglie e sulla propria difficoltà di trovare una posizione definita tra moglie e mamma.

È molto importante che il paziente sia sintetico in modo da rendere più evidente la contestualizzazione del problema e le eventuali connessioni.

- 3) dopo di ciò il paziente potrà fare l'esercizio di visualizzazione della situazione descritta e, lentamente e progressivamente, riprovare le sensazioni connesse e, quando si sentirà pronto, anche amplificarle chiedendosi: "cosa mi sarebbe potuto capitare di peggio?"
- 4) l'esercizio si concluderà, non appena il paziente sente di avere fatto un lavoro sufficiente, con un breve conto alla rovescia e qualche respirazione che ritualizzino il tutto come la fine dell'esercizio o una "piccola uscita da una trance"

Solitamente spiego tale esercizio con l'esempio della palestra: "lei va in palestra o ha degli amici che ci vanno? Sa quindi cosa è il body-building? È esercitare il corpo a tollerare uno sforzo maggiore perché sia pronto alle eventuali piccole fatiche della giornata. Bene le propongo di fare qualcosa di simile per la sua mente."

È comunque importante non forzare dare il tutto come possibilità. Se ad es. la persona ha difficoltà o ha paura dell'esercizio di peggioramento può iniziare solo dal diario e/o dal rilassamento e così via. Se invece si è ben avviato, successivamente il paziente può ripetere tale sequenza ogni volta che tema una ricaduta sintomatologia.

Come si può vedere il fine di questi compiti strategici è di permettere al paziente di porsi da subito in posizione attiva, non subire il sintomo e lavorare già sulla contestualizzazione e storicizzazione del problema nonché come si è detto, su di una migliore gestione delle proprie emozioni. Tecniche strategiche "sì", quindi, ma in Ottica Milanese" vale a dire strettamente finalizzate al lavoro sull'IPOTESI. Il diario, infatti, offrirà la possibilità di evidenziare le caratteristiche pregnanti delle "situazioni critiche" e di rapportarle all'Ipotesi (n.b.- Come ti definisci nelle relazioni? - Dove l'hai imparato?).

Il lavoro strategico e quello sull'ipotesi procedono di pari passo rinforzandosi a vicenda. Successivamente da che iniziano le ristrutturazioni legate all'ipotesi, il primo cede il passo al secondo che diverrà l'elemento pregnante per tutto il proseguo della terapia.

- *interventi di ristrutturazione: anche gli interventi di ristrutturazione presentano, a mio avviso, alcune particolarità nella Terapia Sistemica con l'Individuo rispetto alla terapia con la Famiglia. Ancora una volta la Relazione Terapeutica, l'Ipotesi ed il Quadrilatero sono i punti di riferimento. Vediamo alcuni aspetti.*

- 1) *contenuto delle ristrutturazioni o delle ridefinizioni*: l'attenzione alla relazione con l'individuo ci sollecita ad essere particolarmente attenti ad alcuni aspetti quali: *il suo stato emotivo* che ci segnala come in quel momento egli si sente di definirsi nelle relazioni, *il suo linguaggio* ed *il suo modo di spiegare/si le cose*. L'avere attenzione a questi aspetti è condiviso da molti indirizzi di terapia individuale. Il motivo sta nel fatto che è importante che il terapeuta sia ben sintonizzato sugli aspetti intrapsichici del suo paziente. Anche in questo il Quadrilatero ci serve come ottimo riferimento. L'avere ben connesso le polarità di destra (descrizione del problema e conflitto intrapsichico) con quelle di sinistra (incongruenze comunicative sperimentate ed agite e problemi relazionali vissuti) ci aiuterà a restituirgli una ridefinizione ben costruita e condivisibile. Inoltre aiuterà noi a riflettere meglio su quale delle sue premesse lo spinge a scegliere una strategia sintomatologica piuttosto che definirsi chiaramente e quindi a proporgli una ristrutturazione più plausibile. In terzo luogo potremo utilizzare, intergrandole, letture ed interpretazioni derivate da psicologie individuali (psicoanalitica, cognitivista, ecc....) che sembrano offrire delle metafore utili. Ancora una volta, quindi, “.....fai una buona ipotesi e poi fai ciò che vuoi.....”
- 2) *gestione della neutralità*: torna qui la necessità di sottolineare che nella terapia con l'individuo, le ridefinizioni, come dicevo più sopra, devono porre particolare attenzione alla neutralità. È, a mio avviso necessario ridefinire soprattutto la parte messa dal paziente nel costruire il problema, salvando i familiari. Sarà più utile formulare le cose nella cornice: “Lei ha deciso...Lei vede solo.....ecc.”.
- 3) *aspetti riguardanti la relazione*: sembra a me più consono al contesto collaborativo della terapia individuale proporre le ridefinizioni attraverso la modalità delle domande e delle ipotesi multiple (A.Mosconi e coll. 1991 A.Mosconi e coll. 1999) “secondo lei è possibile pensare che....mi sembra che ci siano due possibilità....sono anch'io stupito, ma mi viene da pensare che.....ah! allora è per questo che Lei ha fatto così vero?”. Come sottolineano M.H. Erickson e E.L. Rossi (1982) “...una caratteristica importante di questo approccio è che è *senza possibilità di errore* nel senso che ogni risposta mancata può essere accettata come una risposta valida e significativa per una domanda”. Altre modalità di restituzione di una ridefinizione quali: la sfida o il paradosso, hanno, a mio avviso l'inconveniente di proporre una definizione della relazione nella quale il terapeuta è “up” il che può accrescere la dipendenza del paziente.
- *eventuali prescrizioni a casa*: questa modalità di intervento molto diffusa in passato trova sembra ora essere un po' dimenticata, tuttavia è invece, a mio avviso, una buona risorsa in terapia individuale. Vale in buona parte quanto detto per gli interventi strategici. Esse hanno, in linea di massima, due obiettivi: il controllo del sintomo e/o facilitare la riflessione su alcuni aspetti dell'ipotesi. Offrono, inoltre, il vantaggio di un impatto cognitivo maggiore. Spesso utilizzo rinforzare alcuni passaggi dell'ipotesi con una prescrizione o un rituale che serva da rinforzo, ma anche da esperienza rinforzante una nuova modalità relazionale o per raccogliere informazioni. Un esempio è già stato fatto più sopra per le foto di famiglia e l'intervista a casa. Aggiungo qualche altro esempio:

- 1) *le foto di famiglia o dei genitori sul comodino o nel portafoglio*: avevo annunciato che sarei tornato sulle foto di famiglia ed ecco soddisfatta la promessa. Parte di quelle utilizzate nella prima fase o delle nuove trovate “ad hoc”, possono tornare utili, talvolta, in fase di ridefinizione del problema e di ricerca di nuove soluzioni. Si scelgono, allora, quelle che meglio raffigurano le relazioni che vanno modificate per fare comporre una sorta di “altarino” in camera da letto del paziente o per tenerle nel portafoglio, al fine di poterle osservare per qualche minuto ogni sera e/o ogni volta che si sente riaffiorare il problema. Si crea, così una nuova occasione di riflettere e di rinforzare la motivazione al cambiamento.
- 2) *visita sulla tomba del/i genitore/i*: è una variante della precedente. Come si realizza è già chiaro nel titolo stesso. Essa sembra mostrare tutta la sua utilità soprattutto quando la relazione con un genitore defunto sembra essere entrata potentemente a fare parte del problema. Anche in questo caso sarà l'ipotesi a guidarci.
- *Il commento di quanto avviene tra una seduta e l'altra*: come già detto in un precedente lavoro (A.Mosconi 2004) il commento di quanto avviene tra le sedute serve a correggere, rinegoziare o modificare l'ipotesi o riadattare il linguaggio o l'angolatura con cui si è proposta. Colgo l'occasione per sottolineare qui che a volte il terapeuta viene preso dallo sconforto nel vedere che un'ipotesi fatta non dà inizio al cambiamento desiderato. Si può allora essere presi dall'ansia e può venire la voglia di lanciarsi in una modificazione “compulsiva” dell'ipotesi. Il mio consiglio va in senso contrario! Può accadere che l'ipotesi sia corretta, ma che il linguaggio con cui si è proposta non sia vicino alla percezione del paziente o che egli sia coinvolto in un problema contingente che, pur connesso all'ipotesi sembra a lui cognitivamente più pregnante. È, a mio avviso, il momento di “usare il paziente come supervisore” dell'ipotesi fatta. Se, infatti, la prima fase di condivisione era stata ben costruita Egli potrà essere il nostro miglior consulente per dirci come mai a fronte di un'ipotesi condivisa non si è ancora potuta avviare alcuna modificazione: “...in cosa poteva essere inadeguata l'ipotesi? A cosa è utile fare attenzione per connettersi in modo più stretto a quanto detto? È insorto il timore di modificare qualche relazione?...”. Non è stato raro il caso che questa “vera co-costruzione” abbia permesso di uscire dall'empasse e correggere il tiro ricostituendo nuove aree di condivisione.
- Conclusione della terapia. La conclusione di un percorso terapeutico è come si sa un passaggio importante specie in Terapia Individuale. L'importanza sta ancora una volta in quanto detto relativamente alla *unicità della Relazione Terapeutica*. In Terapia Familiare, infatti, si può tenere conto del fatto che la famiglia ha una sua energia e stabilità data dalle relazioni interne. È mia convinzione che il fatto che tutti hanno ascoltato gli interventi e si muovono o meno per cambiare da al sistema familiare una maggiore autonomia. Può accettare o rifiutare il terapeuta comunque dipende meno da lui. Il paziente individuale noh! Proprio per questo ritengo necessario fare alcune distinzioni che stimolino i terapeuti a porre attenzione a ciò che fanno.

La conclusione va di pari passo con la valutazione del cambiamento avvenuto. Tale valutazione è comunque co-costruita e quindi frutto di una condivisione che si viene a maturare tra paziente e terapeuta. Si potrebbe dire che “*al centro di questa co-costruzione sta la convinzione che ciò che ci si è scambiati fin lì è sufficiente*” e che quindi non vi è più molto da dirsi. La conclusione ha, quindi, sempre un aspetto strategico in quanto nasce da una valutazione, ma serve anche ad avviarla. È

quindi uno dei momenti più importanti in cui si confrontano i punti di vista del paziente e del terapeuta. Stante questo doppio aspetto ed accentuando l'uno o l'altro, si possono, a mio avviso, distinguere due tipi di conclusione:

- 1) *conclusione vera o condivisa*: quella in cui paziente e terapeuta condividono l'idea che il percorso è giunto al termine. Questo può avvenire in due casi
 - *il cambiamento è avvenuto* in tutto o in parte comunque un modo sufficiente. Si potrebbe dire "la differenza ha fatto differenza"; si può proseguire da soli.
 - *il cambiamento non è avvenuto* e terapeuta e paziente non condividono davvero più l'ipotesi di lavoro; è inutile proseguire.
- 2) *conclusione strategica*: è quella conclusione che il terapeuta fa per sfidare il paziente e provocarlo a produrre un cambiamento nei suoi comportamenti. Tale conclusione può essere definitiva o temporanea, cioè con una verifica a distanza. È la conclusione tipica degli interventi di sfida o paradossali o di verifica di due ipotesi con falsa alternativa.

In questa cornice, a mio avviso, va posta anche la questione del numero delle sedute. È noto che alcuni terapeuti consigliano un numero fisso (Boscolo L. Bertrando P. 1996) altri no. Tale decisione ha indubbiamente un significato strategico che va nel senso di accelerare il processo valutativo descritto sopra. Per quanto mi riguarda non uso porre all'inizio un limite alle sedute sempre nel desiderio di fare sentire accolta la persona. Anche in questo caso, quindi, tutto è ritmato dal lavoro sull'ipotesi. Ritengo, infatti che se insieme al paziente matureremo delle idee nuove utili va da sé che non voglia restare a vita in terapia a "regalare denaro al suo terapeuta". Se ciò tende ad avvenire si prende in considerazione la situazione e si cerca di analizzarne le componenti: ad es. il paziente ha una rete sociale limitata e/o non si sente ancora pronto a modificare alcuni aspetti di rilievo delle sue relazioni con gli altri. Con tutto ciò la media delle terapie finisce a durare da un anno a due anni. Comunque ogni quattro/sei mesi circa si fa il punto della situazione.

Due questioni apparentemente particolari: i sogni e il "transfert sistemico".

Personalmente, partendo da una teoria unitaria della mente quale quella cui ho fatto riferimento più sopra con il Quadrilatero, considero i sogni e il transfert in terapia sistemica due aspetti inevitabili del funzionamento intrapsichico del paziente e della relazione terapeutica.

- *I sogni*: Non sono spesso trattati dai terapeuti relazionali. Concordo con Colangelo L. (2001) e Sanders C. M., (1994) sulla possibilità di utilizzare tale attività creativa della vita mentale dei pazienti. Considero i sogni come metafore del mondo relazionale introiettato dal paziente, visto come sempre dal suo punto di vista e come tali li tratto. Peraltro anche Boscolo L. e Bertrando P. (1996) ricordano che le voci interne derivano dalle interiorizzazioni delle relazioni con le persone più significative della nostra vita. Questa prospettiva permette di creare una dialettica a tre: terapeuta, cliente, voci interne. I sogni possono, a mio avviso, quindi, esserci utili a diversi livelli:
 - 1) *facilitare* nell'esprimersi persone che fanno fatica a fornire informazioni attraverso il tradizionale metodo dell'intervista sistemica
 - 2) *informare* su aspetti emotivi e simbolici inerenti a come il paziente vive la propria posizione relazionale nel sistema.
 - 3) *informare* sul livello di introiezione ed elaborazione che il paziente ha fatto delle Ipotesi Sistemiche condivise fino a quel punto nella relazione terapeutica.
 - 4) *informare* quindi anche sull'andamento della relazione terapeutica.
- Li considero, quindi, ad una tempo: metafore dell'Ipotesi e della Relazione

Terapeutica.

Un esempio:

Una paziente trovava grande difficoltà a parlarmi della sua famiglia essendo molto arrabbiata con loro. La stessa aveva, invece, soprattutto all'inizio della terapia una copiosa produzione onirica. Ho ritenuto quindi di lavorare con i sogni alla costruzione della ipotesi relazionale e di come lei viveva la propria funzione in famiglia, procedendo nel lavoro terapeutico a partire da questi.

Ne cito alcuni:

Primo sogno *Un frammento: sotto la mia ascella sinistra si apre uno squarcio profondo ed io inizio ad estrarre una sorta di corda costituita da un chilometrico stelo di rose color rosa intrecciate a spine. Mi rinchiudo in bagno, mentre la mia famiglia mi chiama per il pranzo ed io non posso rispondere perché sono impegnata ad estrarre dalla ferita l'impressionante filo. Non mi procura alcun dolore, si accumula ai miei piedi.*

Ad un certo punto il dettaglio è concentrato su un pezzo di gamba, dal polpaccio al piede. La gamba e il piede sono scarnificati, sono solo un fascio di muscoli, tendini e sangue.

Terzo sogno *Mia madre viene ferita da un uomo sconosciuto, all'improvviso.*

Ricordo il particolare preciso della sua ferita al fianco destro, una lunga linea orizzontale rossa di sangue, infine una grande macchia rossa a terra.

Diciottesimo sogno *Un altro sogno mi richiama il mio canarino che fugge dalla gabbia e spicca il volo alto, alto e libero in ampie stanze, io lo guardo stupita ed ammirata ma mi preoccupa perché non so come catturarlo e temo di perderlo.*

Trentaduesimo e ultimo sogno *Ricordo che mi trovo in un bel negozio, un'amica di mia madre, Tittina, mi suggerisce di guardare bene dei campioni che sembrano piccoli gioielli originali, io resto colpita dalla tonalità di rosa, glicine e viola, tra i miei colori preferiti.*

Poi lei siede davanti ad un tavolo e mi mostra le sue creazioni, dice che ha utilizzato tanti colli di pelo ereditati dalla sua famiglia per realizzare gli involucri che contengono completi femminili. Io inizio ad aprirne uno e vedo il completo costituito da tre pezzi: una giacchina aderente azzurra cangiante in viola abbinata ad una gonna blu e ad una lunga sciarpa azzurra. Non è un colore che voglio scegliere e così mi oriento verso il viola.

È chiaro, a mio avviso, come, procedendo il lavoro sull'ipotesi, il cambiamento del mondo relazionale si rifletta nei sogni che segnalano un cambiamento di quello interiore e viceversa.

Non voglio dilungarmi oltre su questo aspetto che, tuttavia, mi affascina e ritengo degno di approfondimento.

- *il transfert sistemico*: Il Contratto Terapeutico, se così si può chiamare, viene esplicitato fin dall'inizio e sarà la base del rapporto terapeutico successivo. Mi definisco come "consulente esclusivo" del paziente secondo i criteri già esposti più sopra e chiarisco le due fasi in cui si svolgerà il lavoro. Non viene esplicitato, ma agito, che la mia funzione è attiva nell'intervistare e non prevede le "associazioni libere". Solo occasionalmente si è reso necessario chiarirlo per persone che avevano avuto precedenti esperienze terapeutiche in altra ottica. Lo stesso vale per la regola del lavoro fatto "vis a vis". Sempre agito sarà il fatto che il centro del lavoro saranno comunque le relazioni esterne quelle, cioè, del mondo relazionale del paziente su cui si interverrà nei modi descritti più sopra. Concordo con i colleghi P.Peruzzi e M.Viaro (2000) sul fatto che il terapeuta finisce a svolgere una funzione

di allenatore implicito e, talvolta, esplicito del suo paziente al fine di aiutarlo, nel contesto protetto della terapia, a produrre nuove idee e strategie relazionali. Fin dall'inizio pongo particolare attenzione ad alcuni aspetti della relazione terapeutica:

- Come il paziente si definisce nella relazione con me
- Quale funzione mi vuole assegnare nella relazione con sé e con tra lui ed il suo sistema. In altre parole: *di chi mi vuole far prendere il posto? Con chi o contro chi mi vuole mettere?*

E connessi con ciò

- La lettura relazionale delle sue emozioni
- La lettura relazionale delle mie emozioni

Potremmo chiamare questo aspetto *“transfert sistemico”*.

Da tutto ciò cerco costantemente di trarre ulteriori informazioni per l'Ipotesi. Inevitabilmente, infatti, tutto ciò che riguarda il mondo emozionale suo e mio è informativo delle complementarietà e delle simmetrie vissute da lui e da me nella sua narrazione o delle incongruenze e/o discrepanze presenti nella stessa (A.Mosconi M.Tirelli 1997 P.Peruzzi 2001). Generalmente, come detto, queste informazioni vengono utilizzate nell' *“hic et nunc”*. In questo si marca, a mio avviso, una profonda differenza tra la gestione della relazione in una Terapia Psicodinamica ed in Terapia Sistemica. Nella prima essendo la relazione con il terapeuta il centro stesso della terapia, l'interpretazione del transfert e del controtransfert, vale a dire di ciò che viene proiettato nella relazione assume un'importanza fondamentale nella terapia. Nella seconda, al contrario, il centro della terapia sono le relazioni esterne del paziente e ciò che avviene nella relazione è funzionale a tale analisi. Abituamente, quindi, questo non è fatto oggetto di interventi. Tuttavia non mi vieto di commentare occasionalmente il *“transfert sistemico”* se ciò mi serve a rendere più esplicita e pregnante una ridefinizione del problema. Comunque questa caratteristica della relazione terapeutica *“Sistemica”* risulta evidente ai pazienti.

Un paziente laureando in psicologia abitava in appartamento con altri studenti della medesima facoltà che pure erano in terapia, ma di orientamento analitico. Alla ripresa dei colloqui dopo la pausa estiva mi raccontò che durante le vacanze aveva avuto una discussione con i colleghi. Loro gli dicevano: “Ma non senti la mancanza del tuo terapeuta, noi non vediamo l'ora di riiniziare”. Lì per lì disse di essersi sentito a disagio quasi fosse nell'errore a non sentire le medesime cose. “Pensai anche” disse “che forse ci tenevo troppo poco alla terapia. Tuttavia, dopo averci ripensato un po' mi venne chiara una idea e risposi ai miei colleghi che loro lavoravano per stare bene nella terapia io qui con lei lavoro per stare bene fuori dalla terapia”

Globalmente si potrebbe dire che la Relazione Terapeutica procede tra accudimento e sfida.

“Condividi una buona Ipotesi e poi fa quel che vuoi”

Conclusioni

Un veloce excursus nel quale ho cercato di sottolineare alcuni concetti, a mio avviso, fondamentali nel lavoro con l'individuo. Essere sistemici in questo ambito significa mantenersi nella posizione curiosa e riflessiva di chi chiede sempre al paziente di essere co-costruttore delle soluzioni che via via emergono. Spesso i pazienti mi dicono: *“possiamo registrare la seduta per poterla risentire”* oppure *“spesso immagino di sentire la sua voce che mi dice.....”*, paradossalmente credo che questo sia il risultato della co-costruzione, dove il confine tra l'Io ed il Tu sono così sottili e forse si fondono in un lavoro sentito come comune.

BIBLIOGRAFIA

- Bateson, G. (1972) *Steps to an ecology of mind*. New York, Chandler Publishing Company (trad. it. *Verso un'Ecologia della Mente*. Adelphi Milano 1976).
- Beaulieu D. (2006) *Tecniche di Impatto*, Franco Angeli, Milano
- Bertrando P. Toffanetti D. (2000) *Storia della Terapia Familiare* Cortina, Milano
- Boscolo L. Bertrando P. (1996) *Terapia Sistemica Individuale* Cortina, Milano
- Colangelo L. (2001) *Ma i clienti dei terapeuti sistemici sognano?* Terapia Familiare, n°65, Marzo
- Cronen V.E. Johnson K.M. Lannuamann J.W. (1982) *Paradoxes, Double Binds, Reflexive Circuits: An Alternative And Theoretical Perspective*. Family Process, 20: 91-112. (trad. it. in Terapia Familiare, 14: 87-121, 1983)
- Erickson M.H. Rossi E.L. (1982) *Ipnoterapia* Astrolabio, Roma
- Freud S. (1899) *L'interpretazione dei sogni* Opere vol.2 Boringhieri, Torino
- Freud S. (1915): *Übersicht der Übertragungsneurosen*, Fischer Verlag Frankfurt.
- Freud S. (1915-17) *Introduzione alla Psicoanalisi*, Opere, Vol. 8, Boringhieri, Torino.
- Gonzo, A. Mosconi, M. Tirelli (1999) *L'intervista nei Servizi Socio-Sanitari: uno strumento conoscitivo e d'intervento per gli operatori*. Cortina Milano
- Gurmman, S., Kniskern, D.P. (a cura di) (1995) *Manuale di Terapia della Famiglia*. Ed. Boringhieri, Torino
- Haley, J. (1963) *Le Strategie della Psicoterapia* Sansoni, Firenze.
- Haley J. (1970) *Verso una Teoria dei Sistemi Patologici* in Zuk G.H., Borszormenyi-Nagy I. (1975) *La Famiglia*, Armando Armando, Roma
- Keeney, B.P. (1986) *La mente nella Terapia*. Astrolabio, Roma
- Mosconi, A. et al. (1991) *Una ricerca sulla cartella dati*. Psichiatria Generale, 3.
- Mosconi, A. (1993) *Alcuni spunti per un dibattito sui livelli e le strategie della conservazione terapeutica*. Psicoobiettivo, 2: 53-60.
- Mosconi, A., Castellani, A., De Maria, L., Gonzo, M., Sorgato, R., Tirelli, M., Tomas, M., Zago, E. (1996) *Come costruisci la tua conversazione terapeutica? Breve glossario di interventi sistemici con alcune ipotesi sul suo utilizzo*. Terapia Familiare, 50: 25-41.
- Mosconi, A., Tirelli, M. (1997) *Dalla Scheda Telefonica alla Cartella Dati*. Ecologia della Mente, 2: 67-93.
- Mosconi A. Gonzo, M., Sorgato, R., Tirelli, M., Tomas, M. (1999) *Ipotesi diagnostiche e relazione terapeutica: ricorsività e coerenza nel "Milan Model"* Connessioni 5, pp.67-96
- Mosconi A. (2004) *Terapia relazionale-sistemica con l'individuo. Una sfida per l'integrazione di diverse ottiche di lavoro in Terapia Familiare* n.76 – pagg.64 – 68
- Nardone G. (1991) *Suggestione Ristrutturazione Cambiamento* Giuffrè, Milano
- Peruzzi P., Viaro M. (2000), *"Terapia individuale per terapeuti familiari"* Rivista di Psicoterapia Relazionale, 11, 23-44.
- Peruzzi P. (2001) *Formazione, lavoro sulla persona del terapeuta e sistemi motivazionali a base innata* Terapia Familiare n. 66-67: pp.83-93
- Ruesch, J., & Bateson, G. (1951) *The Social Matrix of Psychiatry*. New York, WW. Norton Company Inc. (Trad. It. *La Matrice sociale della Psichiatria* Il Mulino, Bologna 1976)
- Sanders C. M., (1994) *We are the stuff that dreams are made on: the use of dreams in systemic therapy* Journal of family therapy
- Selvini Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M., Sorrentino, A.M. (1988) *I giochi psicotici nella famiglia*. Cortina, Milano
- Sluzki C. e Veron E. (1979); *Il doppio legame come situazione patogena universale*

- in Sluzki e Ransom (1979), *Il doppio legame* Astrolabio Roma
- Ugazio, V. (1984) *Ipotizzazione e processo terapeutico*. *Terapia Familiare*, 16: 24-37.
 - Ugazio V. (1998) *Storie permesse e storie proibite* Boringhieri, Milano
 - Watzlawick, P. (1967) *Pragmatics of Human Communication*. New York, W.W. Norton Company Inc. (Trad. It. *Pragmatica della comunicazione umana* Astrolabio, Roma 1971)
 - Watzlawick, P., Weakland, J.H.(1976) *La Prospettiva Relazionale* Astrolabio, Roma
 - White M. (1992) *La Terapia come narrazione* Astrolabio, Roma