

II

LAVORARE SISTEMICO

Questo capitolo è dedicato agli aspetti metodologici generali della terapia sistemica individuale, cioè alla cornice in cui la terapia viene svolta. Ci occuperemo quindi di tutto ciò che riguarda l'organizzazione della terapia (indicazioni, diagnosi, obiettivi, durata), la posizione del terapeuta rispetto al cliente e alla relazione con esso, e le questioni più ampie, quali i risvolti etici e "filosofici" della terapia come noi la intendiamo.

INDICAZIONI

Nella prima fase della ricerca sulla terapia della famiglia presso il nostro Centro (Selvini Palazzoli et al., 1975), si tracciava una separazione netta tra terapia della famiglia e terapia individuale e si optava per la prima ogniquale era possibile. Nei casi in cui, per varie ragioni, diversi membri della famiglia si eclissavano o non manifestavano alcuna motivazione, si decideva eventualmente di occuparsi di una singola persona, che poteva essere quella che aveva fatto richiesta di terapia o, talvolta, quella identificata come paziente. Gli incontri del terapeuta con un solo cliente venivano comunque definiti colloqui di terapia familiare, rimanendo fedeli alla definizione tipologica iniziale, per evitare lo spostamento dell'etichetta di "paziente" dalla famiglia all'individuo.

Le indicazioni alla terapia individuale praticamente si riducevano a due soltanto: la prima quando il cliente non voleva venire con la sua famiglia e poneva questa come condizione *sine qua non* per la terapia; la seconda quando il cliente non poteva portare la propria famiglia o il coniuge, in quanto o si rifiutavano o non potevano partecipare alle se-

dute per ragioni logistiche o economiche. Tuttavia, ciò accadeva molto raramente, in quanto, essendo il nostro un centro specialistico privato di terapia della famiglia e della coppia, gli invianti motivavano i clienti a venire come famiglia e come coppia. (Diverso il discorso per gli allievi in formazione che, nel loro contesto di lavoro, dovevano scendere fin dall'inizio a compromessi, specialmente coloro che lavoravano in servizi che di solito consentivano interventi sull'individuo più che sulla famiglia.)

Il Centro ha lavorato per più di vent'anni con le famiglie ispirandosi all'epistemologia cibernetica di Bateson, secondo la quale i cambiamenti ottenuti nel sistema delle relazioni familiari avrebbero necessariamente coinvolto tutti i suoi membri, incluso il cosiddetto paziente designato, anche se questi avesse rifiutato di partecipare alla terapia. Questa convinzione per molti anni ha portato a considerare la terapia della famiglia (e della coppia) come la terapia d'elezione, una delle ragioni principali che ha indotto a trascurare un lavoro diretto sull'individuo.

In seguito, al Centro si è diventati più flessibili nei rapporti con i clienti. Si è cominciato ad accettare la famiglia anche in assenza di uno o più componenti e, anzi, a utilizzare, tra gli interventi più importanti, la convocazione separata di uno o più membri della famiglia secondo l'ipotesi del momento. Alla fine degli anni Ottanta, pur continuando a lavorare con famiglie e coppie, abbiamo cominciato a interessarci in modo sistematico alla terapia individuale, i spinti dalla stessa curiosità che vent'anni prima aveva caratterizzato l'eccezionale e proficuo viaggio dell'équipe originale di Milano nell'allora nuovo e poco esplorato (per l'Italia) territorio della terapia di famiglia e di coppia.

Come allora l'équipe si era servita nella sua ricerca sulla terapia familiare del nuovo modello sperimentato con successo dal gruppo del MRI di Palo Alto, così ora abbiamo potuto occuparci dell'individuo utilizzando il più complesso modello appena messo a punto, che concerne l'individuo e relazioni, mondo interno e mondo esterno, comportamenti, significati ed emozioni.

Dal 1990, abbiamo iniziato una ricerca su un particolare tipo di terapia sistemica individuale, di durata variabile da una a venti sedute. Eravamo curiosi di indagare la possibilità che la terapia di famiglia o di

1. Naturalmente, come già ricordato in apertura del capitolo I, Luigi Boscolo aveva continuato, dall'inizio degli anni Settanta, a condurre per proprio conto terapie individuali, sperimentando di volta in volta le idee e le tecniche emergenti dalla terapia sistemica familiare condotta in équipe.

coppia, da una parte, e quella individuale, dall'altra, avessero effetti diversi (per qualità, quantità e durata) sul singolo cliente – o “paziente designato”, secondo il vecchio lessico della terapia familiare – nonché di esplorare l'importante problema delle indicazioni e controindicazioni dell'una e dell'altra terapia.

Per quanto riguarda il tipo di clienti cui può essere attualmente consigliata la terapia sistemica individuale, da parte di terapeuti sistemici orientati verso la famiglia o la coppia, possiamo elencare i seguenti casi:

1. Adolescenti o giovani adulti che, al termine di una terapia di famiglia o di coppia in cui si sono risolti più o meno completamente i conflitti intrafamiliari, responsabili del disagio individuale o collettivo, sembrano poter beneficiare di un intervento sulla persona per affrontare le difficoltà nella vita esterna alla famiglia e i dilemmi relativi alla progettazione del loro futuro (vedi il caso di Bruno K., capitolo V).²
2. Adolescenti o adulti che rifiutano dall'inizio un intervento sulla famiglia (vedi il caso di Giorgio F., capitolo IV). I bambini vengono invece seguiti all'interno della terapia familiare o, a volte, con un intervento sulla sola coppia dei genitori per evitare la patologizzazione.
3. Un coniuge che chiede una terapia di coppia rifiutata fin dalla prima seduta dall'altro coniuge (vedi il caso di Carla V., capitolo V).
4. Un coniuge separato o divorziato che alla fine della prima seduta di consulenza richiede una terapia di coppia o di famiglia, ufficialmente per coinvolgere l'altro coniuge adducendo il problema (vero o falso) dei figli, ma con lo scopo segreto di negare la separazione.
5. I casi già descritti, in cui i familiari apertamente rifiutano di presentarsi alle sedute, presentando difficoltà insormontabili di tipo economico o logistico (vedi il caso di Giuliana T., capitolo V).

6. Nell'ambito della nostra ricerca sulla terapia sistemica individuale, oltre ai casi sopra citati di terapia individuale di “seconda scelta” (dovuta cioè all'impossibilità o all'improprietà di una terapia di famiglia o di coppia), abbiamo incontrato anche “casi di prima scelta”, nei quali fin dall'inizio proponiamo una terapia individuale. Questi ultimi comprendono casi di adolescenti e adulti di tutte le età che si presentano al nostro Centro con la sintomatologia più varia e che, nel primo incontro, anche eventualmente in presenza di altri

2. In questo e nel prossimo capitolo ci riferiremo direttamente ai casi clinici riportati nella seconda parte, indicandoli con il nome e l'iniziale del cliente.

membrì della famiglia, ci sembrano in una fase più o meno avanzata di svincolo dal sistema familiare. (Va da sé che in casi che non danno questi segnali, come i casi di psicosi, di personalità infantile, di relazioni simbiotiche ecc., la terapia della famiglia resta per noi il trattamento d'elezione.)

Un'altra ragione importante che ha suscitato in noi l'interesse per la terapia individuale sistemica è derivata dal fatto che la maggioranza degli allievi in formazione portava sempre più frequentemente in supervisione casi di terapia individuale. Ciò avveniva o per ragioni istituzionali, quando non era loro possibile trattare i clienti in terapia della famiglia poiché il loro servizio non prevedeva o scoraggiava tale prassi; oppure, nei casi di allievi che lavoravano in un contesto privato, risultava più opportuno seguire in terapia individuale i clienti, o perché si sentivano più a loro agio, oppure – in alcuni casi – perché era così possibile stabilire un trattamento più lungo e redditizio, nonché meno stressante. Vale poi la pena di sottolineare ancora una volta che l'interesse per la terapia individuale sistemica nell'ultimo decennio è aumentato, non soltanto per queste ragioni pratiche ma, anche, per il già citato viraggio teorico all'interno del modello sistemico, favorito dai contributi della cibernetica di secondo ordine e del costruttivismo, che hanno riportato in primo piano l'individuo, messo in ombra dal modello sistemico precedente. In questo periodo, per effetto dello stesso viraggio, si è incominciato a rivolgersi anche ai sistemi allargati, svolgendo consulenze presso servizi psichiatrici o sociali pubblici o privati.

Un argomento spesso trascurato o più o meno volutamente ignorato, relativamente alle indicazioni di terapia, è che differenze significative nella personalità del terapeuta e la diversità dei modelli adottati devono essere attentamente considerati, nel senso che ci sono certe caratteristiche personali del terapeuta e certe teorie che si addicono più a certi casi che ad altri. Classicamente, gli psicoanalisti erano molto accurati, soprattutto in passato, nel definire i criteri di analizzabilità dei clienti. Oggi, con la gran massa di professionisti presenti sul mercato e la conseguente concorrenza, la maggior parte dei terapeuti tende ad accettare ogni cliente che si presenti; nei casi in cui la terapia non evolveva, dopo ripetuti tentativi di uscire da un'eventuale *impasse*, alcuni terapeuti attribuiscono purtroppo l'insuccesso a particolari caratteristiche del cliente (resistenze) piuttosto che a se stessi o alla teoria adottata. Com'è già stato detto, le teorie sono come le reti del pescatore: nessuna rete è in grado di prendere tutti i possibili pesci. Gli

studi catamnestici sono a questo proposito piuttosto eloquenti, anche se devono essere valutati con circospezione in quanto, come ben si sa, riflettono le premesse dei ricercatori.

Per esempio, diversi studi catamnestici differenziali riferiscono che alcuni tipi di terapia sono più utili di altri in rapporto a caratteristiche del problema presentato dai clienti. Per citare un'analogia tratta dalla ricerca sulla terapia di coppia, è stato sperimentalmente dimostrato che, per problemi di coppia di moderata intensità, la terapia comportamentale è il metodo che dà i migliori risultati in breve tempo; quando però i problemi sono di maggiore gravità, altri modelli, come quello sistemico o la terapia focalizzata sulle emozioni, danno risultati più stabili, mentre la terapia comportamentale della coppia appare poco efficace nel lungo periodo (Bertrando, 1995). Altre ricerche hanno dimostrato che la terapia familiare strutturale è di provata efficacia nelle tossicodipendenze ma che, con disturbi di tipo psicotico, sembrano essere più efficaci i modelli sistemici o quelli psicoeducativi (Gurman, Kniskern, 1981; Bertrando, 1995). Un altro esempio è offerto dagli studi di Cancrini (1982), che ha osservato che il modello di terapia familiare strutturale era più efficace in casi di famiglie moderatamente disturbate, mentre quello sistemico era più adatto in presenza di disturbi più gravi, in particolare di tipo psicotico.

È importante tenere presente che, nella presa in carico e nel corso della terapia stessa, devono essere valutate le variabili individuali relative al cliente e al terapeuta, oltre a quelle relative alla tipologia (diagnosi) del cliente e alla teoria e all'esperienza del terapeuta. A volte il complesso di queste considerazioni può segnalare ostacoli insormontabili, di cui è bene che il terapeuta sia consapevole. Per esempio, un terapeuta alle prime armi deve considerare con cautela la presa in carico di un caso di psicosi. A questo proposito, è bene che si rivolga a un supervisore esperto e discuta con questi le decisioni da prendere: se ciò non gli è possibile, probabilmente gli conviene rinunciare al caso.

VALUTAZIONE, DIAGNOSI E TERAPIA: UN PROCESSO RICORSIVO

Valutazione e diagnosi

Il problema dell'indicazione alla terapia si intreccia inestricabilmente a quello della diagnosi. Le idee sulla diagnosi variano notevol-

mente a seconda dei modelli teorici degli operatori. Alcuni operatori, specialmente di formazione medica e psichiatrica, utilizzano il modello medico secondo il quale prima viene fatta la diagnosi, valutando i sintomi soggettivi, l'anamnesi, gli eventuali esami obiettivi, per identificare il tipo e la possibile eziologia della malattia, per poi passare alla terapia vera e propria. Altri, psichiatri ma soprattutto psicologi, si ispirano a un modello misto biopsicosociale. Un comune denominatore fra questi due gruppi è la distinzione che viene fatta fra sanità e patologia, e l'accento che viene posto sull'importanza della diagnosi; il DSM è il modello diagnostico più utilizzato da entrambi. Un terzo gruppo di operatori, prevalentemente psicologi, assistenti sociali, educatori e, soprattutto, i terapeuti della famiglia e della coppia, non si basa su un'idea certa e provata di patologia o malattia individuale o relazionale ma, piuttosto, sulla presenza di problemi e sofferenze di tipo esistenziale. Ovviamente, questi terapeuti e operatori sociali non fanno prima una diagnosi e poi una terapia ma la loro valutazione fa parte del processo terapeutico.³

Nonostante queste notevoli differenze di punti di vista, gli operatori, specie nei servizi pubblici, sono tenuti a saper fare una valutazione diagnostica o perlomeno a sapere che cosa significa una determinata diagnosi scritta sulla cartella clinica. Fare terapia implica, per qualsiasi terapeuta, indipendentemente dal suo orientamento teorico, tener conto del fatto che i clienti, a volte, sono già stati diagnosticati da altri colleghi con una diagnosi psichiatrica, o che lo saranno in futuro, o che hanno essi stessi la convinzione di avere una "malattia". Anticipiamo qui il concetto fondamentale, espresso altrove in questo libro, dell'importanza di trascendere le dicotomie e rispettare la pluralità dei punti di vista, sia con i colleghi sia con i clienti, evitando così le contrapposizioni, le simmetrie, gli irrigidimenti che portano a creare problemi piuttosto che a risolverli.

La diagnosi in medicina e in psichiatria

In medicina, la diagnosi è "la delimitazione della natura o della sede di una malattia in seguito alla valutazione dei sintomi" (Devoto-Oli). Il lavoro del medico consiste qui nel valutare i sintomi che osserva, inserirli in una prospettiva diacronica attraverso l'anamnesi, dare

3. Alcuni, nel linguaggio usato, evitano qualsiasi termine che possa riferirsi a concetti di patologia e di malattia. Non usano termini come "terapia", "seduta", "paziente", piuttosto parlano di "consulenza", "incontro", "cliente".

loro un senso unitario attraverso un'ipotesi di sindrome, infine stabilire la sede (l'organo colpito) e la causa della malattia, giungendo così alla diagnosi eziologica. Solo a conclusione dell'indagine diagnostica si potranno fare un programma terapeutico e una prognosi.

Il caso della diagnosi psichiatrica è diverso, e crea problemi non indifferenti agli stessi psichiatri, anche se recentemente si sta assistendo a un grande ritorno e sviluppo della psichiatria biologica e della farmacoterapia, a scapito della diagnosi psicosociale. Come afferma Kendell (1977), autore di un interessante monografia sulla diagnosi in psichiatria:

In molti rami della medicina il valore della diagnosi non è mai stato posto in dubbio. La sua importanza è evidente di per sé, in quanto dalla diagnosi dipendono in gran parte il trattamento e la prognosi. [...] Nel caso della malattia mentale la situazione è abbastanza diversa. Un uomo di 40 anni, che dorma male, non riesca a pensare chiaramente e sospetti che i suoi colleghi parlino male di lui dietro le sue spalle, può avere o una schizofrenia o una forma depressiva. Se è uno schizofrenico, è probabile che venga trattato con fenotiazine, potendo ristabilirsi completamente oppure cronicizzarsi. [...] E molto probabile che gli psichiatri siano in disaccordo fra loro sulla natura della sua malattia, schizofrenia o depressione, e anche sulla definizione e significato di questi due termini. Potranno anche porre diagnosi di "malattia schizofrenica", che a molti internisti potrebbe sembrare l'equivalente di "zoffettiva", che a molti internisti potrebbe sembrare l'equivalente di una diagnosi di "tubercoloplasma" in un paziente in cui alcuni sintomi depongono per una tubercolosi ed altri per un neoplasma. (pp. 1-2)

Risparmiamo al lettore una storia della diagnosi e della classificazione psichiatrica. Basti qui pensare alla forma di diagnosi che oggi influenza più di ogni altra il pensiero e la prassi psichiatrica, ovvero quella propugnata dal sistema americano del *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali* DSM (III e, più recentemente, IV) (American Psychiatric Association, 1980, 1994).

Il DSM, nella sua formulazione odierna, pone l'accento soprattutto sulla necessità di stabilire *criteri diagnostici* che possano valere per tutti gli psichiatri e gli operatori, al di là della loro posizione teorica. All'interno del manuale, i vari disturbi psichiatrici sono così definiti mediante criteri che si presumono "ateoretici" e "operativi", tali da poter essere universalmente condivisi.⁴ Grazie a una tale impostazio-

4. Si tratta di una discendenza della diagnosi per categorie, cara alla classica psichiatria kraepeliniana. Tralasciamo, in questa sede, di entrare nei dettagli di altri modelli diagnostici, come le diagnosi per dimensione, e sull'approfondita critica alla diagnosi medica dei pensatori di orientamento antipsichiatrico (Szasz, 1961; Laing, 1959).

ne, il DSM è diventato la classificazione e la metodologia diagnostica più diffusa, assorbita dapprima negli Stati Uniti e poi, con la massima acquiescenza, nel resto del mondo.

Diversi autori di formazione sistemica e psicoterapeutica in generale hanno criticato il DSM per la sua pretesa di scientificità, che tende a reificare il processo diagnostico, trasformandolo in un'etichetta. Un'altra critica riguarda l'incapacità di intravedere, al di là della diagnosi, i punti di forza e le risorse dell'individuo. Una terza, l'impossibilità, in tale modello, di andare al di là dell'individuo per giungere a una valutazione anche del suo ambiente significativo (specialmente quello familiare) e della relazione che l'individuo intrattiene con esso.⁵ Tali critiche si fondano su una visione diversa dei problemi che conducono le persone in terapia, meno ancorata al modello medico.

Valutazione, tipologia e "diagnosi" nel nostro modello

Come abbiamo già accennato, la valutazione e la diagnosi sono diverse a seconda della teoria dei terapeuti e comportano un'operazione di distinzione, secondo alcuni fra salute e malattia, secondo altri fra stato di benessere e sofferenza, secondo altri ancora fra problema e soluzione.

Queste importanti differenze derivano dai modelli terapeutici utilizzati, che prescrivono di operare in primo luogo la distinzione fra normalità e patologia (per esempio, quello psicoanalitico o quello comportamentale), fra stato di benessere e sofferenza (per esempio, quelli che si ispirano al pensiero umanistico, alla narrativa e al costruzionismo) e fra problema e soluzione (per esempio, il modello strategico di Palo Alto e quelli basati sul *problem-solving*). La distinzione più spesso accettata dai terapeuti strategico-sistemici è quella fra problema e non problema, ed è una distinzione fatta dal cliente e non dal terapeuta. È ai clienti che viene richiesto di definire i problemi di cui vogliono liberarsi, e sono i clienti a decidere, dopo la terapia, se i loro problemi si sono attenuati o sono scomparsi, definendo quindi il grado di successo della terapia stessa.

Questa è una posizione semplice da mantenere se si considerano problemi facilmente riconoscibili e condivisibili. Diventa complessa nel caso di problemi per cui è difficile ritrovare una condivisione tra

5. Si veda a questo proposito il lucido articolo di Tomm (1993), come pure le considerazioni di Clerici e Berrando (1995).

cliente e terapeuta. Per esempio, il caso in cui il problema presentato dal cliente sia quello che una potenza esterna cerca di controllarlo trasmettendogli nel cervello onde elettromagnetiche (in linguaggio psichiatrico, un delirio di influenzamento). Qui il problema visto dal cliente sarà diverso dal problema visto da altre persone, incluso anche il terapeuta. In un caso di questo genere è fin troppo facile riconoscere i limiti della teoria, che può essere applicata a un certo gruppo o alla maggioranza dei clienti, che sono in grado di indicare i problemi di cui vogliono liberarsi, ma non a coloro, come gli psicotici, che non sono in contatto con la realtà condivisa e per i quali, quindi, la terapia e i suoi obiettivi non hanno senso. Questi ultimi finiscono inevitabilmente per ricevere una diagnosi psichiatrica secondo il DSM.

Molti terapeuti, specie quelli con una formazione medica, fatta la diagnosi e iniziata la terapia tendono inoltre a ricercare le cause prime, le "vere cause" della malattia, impegnandosi in una caccia che, allo stato attuale delle nostre conoscenze, rischia di essere vana e dannosa, congelando l'attenzione sulla "malattia" a scapito della "normalità".

A nostro avviso, relazionare o comunicare su una specifica diagnosi con eventuali colleghi, e specialmente con il cliente, richiede molta sensibilità e capacità di trasmettere attraverso i canali non verbali speranza e fiducia per il futuro. In caso contrario, corriamo il rischio di evocare uno scenario futuro dominato dal concetto di patologia e di malattia, basato quindi su ciò che è negativo, deresponsabilizza e toglie competenza alla persona. La patologia viene messa in primo piano, oscurando le potenziali risorse del cliente, che a sua volta sarà portato a vedere e reificare ciò che non funziona in sé. Il tutto può diventare una profezia che si autorealizza (Watzlawick, 1984). La conseguenza può essere un allungamento dei tempi della terapia con un aggravamento della situazione e la possibilità di uno sbocco verso la cronicità o una terapia interminabile. (Questa è una delle ragioni che ci hanno portato a scegliere un tipo di terapia a termine di venti sedute, con intervalli piuttosto lunghi da due a quattro settimane.)

Il gruppo di Milano inizialmente riferiva i sintomi o i problemi di uno o più membri di una famiglia a un "gioco familiare" di natura patologica. Mentre ai fattori biologici era attribuito scarso rilievo, la patologia era riferita alle relazioni intrafamiliari. Oltre alla diagnosi, ci si occupava estesamente della patogenesi, ovvero di come determinati sintomi emergevano da determinati conflitti e pattern relazionali. Ciò era in sintonia con il pensiero della prima cibernetica, secondo la quale osservatore e osservato erano distinti e il compito dell'osserva-

tore-terapeuta era quello di "scoprire" i giochi patologici, dove il termine "gioco" è da riferire a una specifica modalità organizzativa del sistema familiare. Mancando allora di una diagnostica applicabile alla famiglia, il gruppo di Milano faceva diagnosi del tipo: famiglia "a transazione schizofrenica", oppure "a transazione anoressica" e così via, spostando l'attenzione dall'individuo alla relazione (vedi Selvini Palazzoli et al., 1975).

In seguito, con l'avvento della cibernetica di secondo ordine e del costruttivismo, le idee sulla diagnosi sono cambiate in modo significativo. Le idee di Maturana (1970), secondo il quale i sistemi non possono comportarsi che secondo il modo in cui sono costituiti e, quindi, non si può parlare di sistemi normali o patologici, e che la "realtà" emerge nel linguaggio attraverso il consenso e, quindi, la patologia venga cocreata, hanno reso manifesta l'inappropriatezza del concetto stesso di patologia. Anche Anderson e Goolishian (1988, 1992) si rifiutano di pensare in termini di patologia o di diagnosi, basandosi su una visione costruzionista, che pone al centro il linguaggio e i sistemi di significato. Questa concezione si può esprimere affermando che non sono l'individuo, la famiglia, la società che dovrebbero essere cambiati, ma i sistemi di significato mediati dal linguaggio che si creano nel tempo in relazione al problema presentato (il "sistema creato dal problema" o *problem-determined system*; Anderson et al., 1986).

Coerentemente con queste visioni, possiamo vedere il processo diagnostico soprattutto come un processo di attribuzione linguistica: infatti, se la "realtà" emerge dal linguaggio attraverso il consenso, anche i concetti di patologia e sanità e le categorizzazioni diagnostiche sono frutto del consenso di una comunità di esperti. Altri autori che pongono il linguaggio alla base di tutto arrivano a simili conclusioni: per esempio, White ed Epston (1989), che si ispirano al concetto di discorso dominante di Foucault (1970), Anderson e Goolishian, Hoffman, Andersen, che si ispirano alla narrativa e al costruzionismo sociale e altri ancora, come De Shazer (1991) e in parte noi stessi (Boscolo et al., 1991), che ci ispiriamo alla teoria dei giochi linguistici di Wittgenstein (1953).

Tornando a quel particolare gioco linguistico che è la diagnosi psichiatrica, ci preme sottolineare che essa porta alla reificazione e conseguente semplificazione di una realtà complessa. Oltretutto, una reificazione che a volte ha notevoli effetti pragmatici, anche perché una diagnosi, specialmente nei casi gravi, può introdurre un concetto di atemporalità. Nel senso che, una volta che sia stata pronunciata, ten-

de a diventare un attributo consustanziale alla persona, che non può più liberarsene (da cui il detto celebre: "Una volta schizofrenico, per sempre schizofrenico"). In aggiunta, la diagnosi può tradursi in un concetto totalizzante, laddove la persona diventa la malattia e la malattia diventa la persona.

È proprio per evitare questi pericoli che noi, e molti altri colleghi di ispirazione teorica diversa, usiamo un linguaggio deparologizzante: per esempio, evitiamo parole ed espressioni che si riferiscono a significati di malattia e usiamo piuttosto parole e metafore che evocano la presenza di risorse, di competenze e di autonomia.

A metà degli anni Settanta, il gruppo di Milano scrisse l'articolo *Ipotizzazione, circolarità, neutralità: tre direttive per la conduzione della seduta* (Selvini Palazzoli et al., 1980a), che ne divenne ben presto l'opera forse più influente.⁶ In esso viene sottolineata l'importanza dell'ipotesi sistemica, con la quale vengono ordinati i dati osservati. La plausibilità dell'ipotesi viene valutata attraverso le domande del terapeuta e le retroazioni del cliente permettono di sviluppare sempre nuove ipotesi. Questo modo di pensare e di operare è situato all'estremo opposto del formulare una diagnosi tradizionale, che di per sé è statica: l'ipotesi permette di riportare l'attenzione nel tempo e in uno specifico contesto.

La diagnosi è una descrizione che pretende di essere obiettiva [...]. Lo psichiatra crede alla diagnosi. [...] I suoi strumenti di intervento saranno diversi a seconda della diagnosi fatta.

Con l'ipotesi il terapeuta introduce elementi diversi: innanzitutto, dal momento che è una congettura, non è una reificazione. Infatti, se l'ipotesi viene reificata, torna a essere una diagnosi. E, in quanto congettura, elimina anche l'indeterminatezza temporale: "In questo momento io prendo i dati e li metto insieme in questa forma". [...] Quello che noi facciamo è introdurre punti interrogativi su tutte le definizioni di patologia che ci arrivano, e così passiamo dalla diagnosi all'ipotesi. (Boscolo, Cecchin, 1988, pp. 20-21)

Vista in quest'ottica, la diagnosi non è più un concetto da accettare acriticamente, ma neppure un'idea da combattere, come voleva l'antipsichiatria (vedi Jervis, 1975). Diventa una delle possibili punteggiature della realtà. Noi consideriamo le prese di posizione più decise in favore della non-patologia come punteggiature possibili, da mettere

6. Per il processo di ipotizzazione, vedi anche il capitolo III ("Principi per la conduzione della seduta").

accanto alle altre punteggiature. Nel tempo, il nostro atteggiamento nei riguardi di questo tema è diventato quello di non porci più il problema se ci sia o non ci sia patologia. Ci troviamo più a nostro agio in una logica che superi tutte le dicotomie: psichico/somatico, normale/patologico, emotivo/cognitivo, biologico/relazionale ecc.

Il superamento delle dicotomie è utile nella prassi. In quanto terapeuti che operano in diversi contesti, siamo coscienti della necessità di comunicare con altri esperti, che credono e si servono continuamente delle etichette diagnostiche, senza essere da questi ultimi squalificati, come accadrebbe se semplicemente ignorassimo le loro diagnosi. Infatti, coerentemente con la posizione che abbiamo scelto, di porci al di sopra delle dicotomie, non ci opporremo a diagnosi cliniche fatte da colleghi o riportate dai clienti. Rispetteremo i vari punti di vista diagnostici, sia perché a nessun punto di vista nel campo dei disturbi del comportamento può essere dato statuto di verità incontrovertibile, sia perché più punti di vista rendono giustizia alla complessità delle teorie e dei linguaggi dei componenti di un dato sistema terapeutico. Naturalmente, se tutti gli operatori coinvolti rispettassero ciascuno i punti di vista degli altri la situazione sarebbe l'ideale e sicuramente aumenterebbe la terapeuticità di un servizio psichiatrico.

A questo scopo ci sembra opportuno, per il terapeuta, specialmente se lavora nei servizi pubblici, conoscere i sistemi e le categorie diagnostiche più in voga, in particolare il DSM che ormai è diventato il manuale di riferimento. La conoscenza di più di un sistema diagnostico non solo consentirà di dialogare con colleghi di orientamento diverso, ma impedirà anche di sposare e reificare definitivamente un determinato sistema diagnostico, diventandone prigionieri.

A volte ci viene chiesto, in riunioni o seminari, se crediamo alla patologia. Nelle nostre risposte, oltre a sottolineare il discorso già fatto sul superamento delle dicotomie, ci preme enfatizzare il concetto di "patologizzazione" come processo che si stabilisce nel tempo attorno alla comunicazione fra esperti, membri della famiglia, coetanei, servizi ecc., che viene ad acquisire il valore e gli effetti di un discorso dominante (Foucault, 1966) nello specifico contesto cui il cliente è connesso. Tale discorso a volte finisce per diventare totalizzante e vivere quasi di vita propria, favorendo così più la persistenza del problema che la sua risoluzione.

Se dovessimo sintetizzare il nostro punto di vista nei confronti della diagnosi, potremmo dire che essa è un processo valutativo in evolu-

zione connesso ricorsivamente all'effetto terapeutico dell'indagine stessa del terapeuta su una o più persone considerate nel loro contesto relazionale ed emotivo. Essa si identifica con le ipotesi che vengono fatte a mano a mano che il processo terapeutico procede. Scrive Ronald Laing (1969), anticipando di trent'anni descrizioni fatte da terapeuti (noi stessi compresi) che si ispirano al costruzionismo e alla narrativa:

La diagnosi ha inizio nel momento in cui si entra in contatto con il cliente e non finisce mai. Il modo in cui si discerne la situazione modifica la situazione. Non appena comunichiamo in qualche modo (con un gesto, una stretta di mano, un colpo di tosse, un sorriso, un'inflessione di voce) ciò che vediamo o crediamo di vedere, anche nella situazione più rigida ha luogo un mutamento [...]. Ciò che si vede quando si esamina una situazione si modifica quando si ascolta il racconto dei fatti. Nello spazio di un anno [...] la storia avrà subito una serie di trasformazioni [...]. Come la storia si modifica con il passare del tempo, così ciò che si vede subisce alcune modificazioni. In un momento particolare si è inclini a definire la situazione in modo particolare [...]. Una definizione particolare della situazione può generare storie diverse. Le persone ricordano cose diverse, le ricollegano in modi diversi. [...] La nostra definizione è essa stessa un intervento che, introducendo un fattore nuovo, trasforma la situazione, la quale esige così di essere nuovamente definita.⁷ (pp. 46-47)

Questa ricorsività fra diagnosi e terapia, vista in una prospettiva diacronica, e il cambiamento della storia del cliente nel corso del processo terapeutico, ci trova del tutto d'accordo. Ciò che negli ultimi dieci anni per noi ha acquistato una posizione centrale nel processo valutativo e terapeutico sono la "depatologizzazione", che si realizza attraverso il linguaggio usato con il cliente sia nell'atteggiamento del terapeuta, e la creazione di un contesto in cui prevale una visione positiva di possibile evoluzione e superamento delle difficoltà.⁸

7. Quest'ultima frase ci fa pensare alla conclusione dell'articolo sull'ipottizzazione (Selvini Palazzoli et al., 1980a), in cui si avanzava la possibilità che le ipotesi divengano esse stesse un intervento.

8. Naturalmente nei casi gravi non verrà nascosta la gravità né la possibilità che si rendano necessari tempi lunghi per il superamento dei problemi presentati e, qualora siano già state fatte diagnosi preoccupanti (per esempio schizofrenia, gravi disturbi della personalità ecc.), esse saranno considerate alla luce della loro gravità ma anche di possibile e probabile evoluzione positiva nel tempo.

OBIETTIVI

Gli obiettivi della terapia riflettono ovviamente teoria, esperienze e pregiudizi del terapeuta. Nel definirli, dobbiamo però prima di tutto tener conto degli obiettivi del cliente. Questi può cercare soltanto di uscire da una crisi e liberarsi dei sintomi. Altre volte può cercare risposte a dubbi esistenziali che lo tormentano da molto tempo. Oppure avere la sensazione che il sintomo rappresenti la punta di un iceberg, di "qualche cosa che non va", di cui non conosce la natura. Oppure ancora, questa sensazione può apparire quando, scomparso il problema presentato, permane o si accentua uno stato di ansia e insicurezza diffusa. Il cliente può anche desiderare di mutare una situazione relazionale familiare o di lavoro, cercando quindi nella terapia lumi per cambiare gli altri. Infine è possibile che copertamente chieda la terapia non per sé, ma per placare le angosce di un congiunto preoccupato per un suo presunto problema. È importante che il terapeuta ponga costante ascolto e valuti attentamente gli obiettivi del cliente e la loro evoluzione nel tempo.

È convinzione comune che l'obiettivo prioritario per il cliente sia l'eliminazione del suo stato di malessere, della sua sofferenza. Come Freud ha già osservato, ciascuno di noi vive nel miglior modo possibile, nel senso di cercare costantemente di evitare l'ansia. È evidente che, man mano che evolve la relazione terapeutica, possono evolvere anche gli obiettivi, come nei casi in cui, scomparsi i sintomi, il cliente sente l'esigenza di continuare la terapia. Le vicissitudini degli obiettivi del cliente sono da mettere in relazione con gli obiettivi del terapeuta. Per esempio, un terapeuta breve strategico o comportamentista ha come obiettivo esclusivo aiutare il cliente prima a stabilire lui stesso gli obiettivi della terapia, poi a liberarsi dei suoi problemi nel più breve tempo possibile; un terapeuta breve psicodinamico ha l'obiettivo di aiutare il cliente a risolvere particolari conflitti (intervento focale: Balint et al., 1972; Malan, 1976) e tematiche emergenti nel corso della terapia, che sono considerati alla base della sua sofferenza. In tali casi, l'obiettivo è la risoluzione della crisi e dei problemi presentati, privilegiando l'analisi della realtà attuale rispetto a quella del lontano passato.

Nei casi in cui il terapeuta, in base alle sue teorie e ai suoi pregiudizi, ritiene che la risoluzione del problema presentato non sia il problema principale ma un epifenomeno di qualcos'altro da esplorare (e da cambiare), i suoi obiettivi mutano. Egli cercherà di creare con il

cliente un contesto terapeutico di comune esplorazione e ricerca in cui la globalità della *persona* del cliente occuperà la posizione centrale. In questi casi, la terapia è di solito di più lunga durata, i sintomi perdono di importanza e vengono considerati il risultato di conflitti interni o relazionali, mentre assume primaria importanza la natura della relazione che il cliente ha con se stesso, con il proprio mondo interno e il mondo esterno, nonché della relazione che si stabilisce tra terapeuta e cliente. Passività, dipendenza, seduzione, tentativi di controllo della relazione da parte del cliente, oltre all'interesse per la sua storia, vengono a conquistare il centro della ribalta in luogo dei sintomi iniziali.

Nel nostro modo di lavorare, l'obiettivo è di creare un contesto relazionale di *deutero-apprendimento*, cioè di apprendimento ad apprendere (Bateson, 1972), in cui il cliente possa trovare le sue soluzioni, le sue vie d'uscita da difficoltà e sofferenze. A tal fine, viene esplorato il contesto in cui vive e in cui si sono manifestati i suoi problemi. Particolare attenzione è prestata ad alcuni aspetti significativi: i problemi si sono presentati nel contesto familiare, di lavoro o nel rapporto con coetanei? In quale fase della vita? In quali circostanze? Cerchiamo di conoscere e approfondire il sistema che si è organizzato intorno al problema presentato (Anderson et al., 1986), cioè gli eventi, i significati e le azioni che inizialmente si sono organizzati intorno a esso e le relazioni con i sistemi significativi del cliente (in primo luogo se stesso, poi famiglia, coetanei, esperti ecc., incluso naturalmente il terapeuta) che contribuiscono all'evoluzione e al mantenimento dei problemi.

Vogliamo qui sottolineare, data la nostra lunga esperienza di ricercatori e terapeuti della famiglia, la particolare attenzione che prestiamo alle relazioni familiari, non soltanto nella famiglia nucleare ma anche in quella estesa: potremmo dire che molte delle nostre terapie individuali possono essere in un certo senso anche considerate come terapie familiari indirette. Dobbiamo tuttavia ricordare che l'attenzione maggiore è rivolta alla conversazione interna del cliente, alle sue pretese, pregiudizi ed emozioni, alle relazioni tra il suo mondo interno e il mondo esterno, e all'effetto che tutto ciò ha sui pensieri e sulle emozioni del terapeuta, che a sua volta influenza ricorsivamente il cliente.

Nel primo incontro, è opportuno soffermarsi sulle aspettative ed eventuali urgenze del cliente, che possono manifestarsi come esclusivo bisogno di liberarsi pressantemente di un problema specifico, qua-

le uno stato d'ansia, una fobia, un intollerabile rituale ossessivo o una crisi di panico, per ritornare alla situazione di relativo benessere precedente alla comparsa dei sintomi. In tal caso, può essere opportuno evitare di addentrarsi troppo nella storia del cliente e nel suo mondo interno, e occuparsi piuttosto dei sintomi, cercando di aiutarlo a liberarsene con l'uso di tutte le tecniche adatte, provenienti da altri modelli, come quelli strategico, strutturale, comportamentale, ericksoniano ecc. (vedi i casi di orientamento strategico-sistemico raccolti nel capitolo IV). Non riconoscere l'urgenza o, più generalmente, le aspettative del cliente, può compromettere l'ingaggio e favorire la rottura del rapporto terapeutico. A questo proposito, abbiamo sentito spesso il resoconto di clienti che avevano interrotto precocemente una terapia in quanto il terapeuta sembrava dare eccessiva importanza alla storia della persona o alla relazione terapeutica, ignorando i sintomi.

Nella nostra esperienza, infatti, ci siamo imbattuti in diversi casi di persone che ci hanno chiesto una terapia dopo averne abbandonata un'altra o per incomprensione con il terapeuta precedente (come appena accennato) o per insoddisfazione per i risultati ottenuti. I motivi addotti per l'interruzione sono spesso relativi alla tecnica del terapeuta (usare troppo il silenzio, non rispondere alle richieste del cliente, ascoltare troppo se stesso, esser troppo vago), o al suo orientamento per una terapia a lungo termine contrariamente alle aspettative del cliente o, infine, di scarsa empatia o partecipazione nei confronti delle istanze di quest'ultimo. Va da sé che molti di questi abbandoni dovrebbero farci riflettere su eventuali errori e rigidità del terapeuta, sottolineando la priorità della posizione di ascolto e l'importanza di calibrarsi sulle modalità di comportamento e comunicazione del cliente.

Altri casi di interruzioni precoci da parte del cliente si verificano allorché viene offerta e iniziata una terapia senza aver approfondito sufficientemente le ragioni della richiesta d'aiuto. Come scrive anche Lyman Wynne (Wynne et al., 1986), a volte un cliente si rivolge a un esperto non con la chiara idea di iniziare una terapia, ma per fare luce su un certo aspetto della propria vita, o per ottenere un consiglio professionale, facendo cioè una richiesta che può essere meglio soddisfatta da una consulenza piuttosto che da una terapia (Boscolo, Bertanillo, 1993, pp. 111-113).

È interessante che molti studi catamnestici svolti negli Stati Uniti concordino nel riferire che i clienti in genere non si aspettano più di cinque o sei incontri con l'esperto cui si sono rivolti. Negli Stati Uniti, infatti, la durata media del maggior numero di psicoterapie non supera

le dieci sedute, la maggioranza dei clienti si aspetta che la terapia non duri più di tre mesi, e dichiara che il maggior impatto positivo si verifica tra la sesta e l'ottava seduta (Budman, Gorman, 1988). Ciò può riflettere la tendenza della psicoterapia nel panorama americano a diventare sempre più breve per problemi economici e politici. Se in tale contesto le aspettative dell'esperto sono quelle di una terapia a lungo termine, possono crearsi delle precoci interruzioni da parte dei clienti le cui aspettative differiscono da quelle del terapeuta. In Europa, però, le aspettative dei clienti sulla durata della terapia sono diverse, anche se stanno diffondendosi le terapie brevi. L'aspettativa di solito è che la durata e a volte anche la frequenza delle sedute siano superiori, come illustra questo esempio, che abbiamo tratto da *I tempi del tempo*.

Un uomo di venticinque anni si presentò al nostro centro lamentando una forma depressiva. Alla fine del primo incontro di valutazione, il terapeuta, uno degli autori, consigliò al cliente una terapia individuale con frequenza di una seduta alla settimana. Il cliente accettò ma, dopo un paio di mesi di terapia, cominciò a manifestare un peggioramento dei sintomi depressivi e a un certo punto sbottò: "Mi sento sempre peggio perché non mi basta venire una volta alla settimana!". Rincarò la dose parlando di una giovane zia e di un amico che erano in terapia a due e tre sedute la settimana, pur sembrando meno depressi di lui. Il terapeuta obiettò, naturalmente, che la scelta di una seduta la settimana non poteva non rappresentare l'optimum secondo la sua valutazione del caso. In caso contrario, avrebbe optato per una frequenza diversa. Osservò inoltre che il *timing* del cliente non collimava con il *timing* del terapeuta e che, pertanto, entrambi si trovavano in un *impasse*. Se il terapeuta avesse accettato la proposta del cliente, sarebbe andato contro il proprio giudizio clinico; viceversa, sarebbe andato contro le esigenze del cliente.

Propose pertanto che, per uscire dall'*impasse* e soddisfare le esigenze di entrambi, il cliente aggiungesse alla seduta settimanale con il terapeuta due altre sedute, fatte a casa, appartato in una stanza, con un orologio che gli segnalasse la fine al cinquantesimo minuto e con un bloc notes in cui doveva scrivere tutto ciò che gli venisse alla mente, senza censurare nulla, pensando di parlare con il terapeuta. Alla seduta successiva avrebbe dovuto portare gli scritti. La settimana dopo si presentò con un voluminoso plico, che diede al terapeuta, il quale immediatamente glielo restituì chiedendogli di leggere ciò che aveva scritto. Il cliente lesse per tutti i cinquanta minuti, senza che il terapeuta lo interrompesse. La seduta seguente il plico si ridusse a poche pagine, dal momento che "ho avuto la mente vuota, mi è venuto in mente solo questo".

In queste due sedute, l'umore del cliente aveva cominciato a essere più vivace. In seguito, smise di parlare della necessità di più d'una seduta alla settimana, in quanto aveva iniziato a sentirsi meglio. Probabilmente il miglioramento era in relazione all'essersi sentito accettato nel suo bisogno di avere più sedute; e aveva cessato di scrivere e poi leggere le "sedute" domiciliari in quanto gli toglieva la possibilità di parlare con il terapeuta: si potrebbe anche dire che più sedute aveva meno sedute faceva! (Boscolo, Bertrando, 1993, p. 122)

Riteniamo che la nostra attuale predilezione per una cornice temporale breve-lunga nella terapia individuale (breve in relazione al numero di sedute, lunga in relazione alla durata complessiva della terapia) sia da mettere in relazione con una serie di fattori quali: l'orientamento verso una terapia esplorativa piuttosto che "tecnologica" (*problem-solving*); la lunga esperienza con il modello di terapia familiare sistemica basata su sedute a intervallo mensile; l'interesse per la totalità della persona e non soltanto per i problemi presentati e relative soluzioni; la nostra ricerca su tempo e cambiamento (Boscolo, Bertrando, 1993); infine, il nostro essere europei, un poco pragmatici ma comunque speculativi.

Ci piace pensare e operare all'interno di una cornice piuttosto ampia, che ci permetta in certi casi di agire prioritariamente per la risoluzione di specifici problemi, in altri di aiutare il cliente nel superare quelle difficoltà del suo mondo interno ed esterno che gli impediscono di raggiungere un soddisfacente livello di autonomia e di autostima. In altre parole, anche se in alcuni casi il nostro obiettivo può essere quello di far scomparire uno o più sintomi in un tempo breve, non superarlo a cinque o sei sedute, più frequentemente la natura dei problemi presentati, come nei casi di anoressia cronica post-adolescenziale, bulimia, disturbi borderline di personalità o psicosi, richiede tempi più lunghi e maggior enfasi sul processo di esplorazione delle emozioni e dei significati emergenti in seduta, piuttosto che sulle tecniche e strategie atte a cambiare specifici comportamenti.

TEMPO E CAMBIAMENTO

Il tempo definisce gli approcci [terapeutici] e, dall'approccio nei riguardi del tempo, ogni approccio definisce se stesso. [...] Benché ogni approccio terapeutico abbia la propria nozione di tempo e, spesso, una posizione non ben definita rispetto al ruolo del tempo nella for-

mazione e nella risoluzione dei dilemmi umani, nessuna teoria riesce a catturare in modo adeguato una visione generale del tempo in relazione alla teoria e alla pratica terapeutica. (Gibney, 1994, p. 61)

Una relazione cruciale

La relazione tra tempo e cambiamento in terapia è un argomento che abbiamo ampiamente affrontato in *I tempi del tempo* (Boscolo, Bertrando, 1993). In questo volume abbiamo sostenuto che la teoria che il terapeuta ha riguardo al tempo necessario perché la terapia possa arrivare con successo alla sua conclusione può avere un notevole effetto pragmatico nel favorire, accelerare o ritardare il cambiamento. Terapeuti orientati verso le terapie brevi tenderanno a creare un contesto terapeutico che faciliterà la conclusione della terapia in tempi limitati, mentre terapeuti abituati a terapie di lunga durata tenderanno a creare le premesse per una terapia protratta, e a osservare segni di "guarigione" solo dopo un lunghissimo periodo di lavoro e innumerevoli sedute.

Ovviamente, delle due variabili, tempo e cambiamento, quest'ultima dipende molto dalle idee dei terapeuti su ciò che si può considerare cambiamento, idee che si modificano notevolmente a seconda delle teorie di riferimento. Alcuni, per esempio, mirano a cambiare i comportamenti sintomatici, altri le premesse epistemologiche, altri i conflitti inconsci, altri ancora la storia del cliente, e così via.

A questo proposito, Cade e O'Hanlon (1993) sottolineano come diversi terapeuti vedono cose diverse e, sfortunatamente, spesso ignorano le idee e le prassi degli altri colleghi. Essi scrivono:

I terapeuti del comportamento "scoprono" problemi di comportamento; gli analisti "scoprono" problemi intrapsichici, le cui origini sono attribuite all'infanzia; gli psichiatri a orientamento biologico "scoprono" problemi neurologici e deficit di natura biochimica; i terapeuti strutturali "scoprono" ambiguità nelle gerarchie e nelle coalizioni; i terapeuti contestuali "scoprono" gli effetti dello sfruttamento e dell'ingiustizia intergenerazionale; i terapeuti brevi "scoprono" pattern di pensiero e azione che si autorinforzano. (p. 50)

In verità, com'è stato detto nel capitolo 1, Luigi Boscolo aveva già lavorato per molti anni come terapeuta individuale a orientamento psicodinamico, e poi negli anni Settanta aveva continuato a sperimentare in casi di terapia individuale idee e tecniche provenienti dalle te-

rapie con le famiglie, trattate prima con il modello strategico-sistemico del MRI e poi con il modello sistemico-cibernetico di ispirazione Batesoniana. Queste esperienze con le famiglie hanno avuto un profondo effetto nel cambiare la nostra visione e filosofia della terapia, per quanto riguarda sia gli obiettivi sia il tempo richiesto per raggiungerli. Possiamo così ricapitolare le idee e le esperienze che hanno avuto più impatto su di noi.

1. Nella terapia si può avere come obiettivo la soluzione dei problemi presentati, se questi hanno un carattere di urgenza per il cliente, se sono emersi in una crisi che non appare grave e non sono stati preceduti da una storia di rilevanti problemi psichiatrici, infine se non sono presenti gravi disturbi della personalità. In questi casi la terapia si può concludere in poche sedute, con l'utilizzo di interventi centrati sulla soluzione dei problemi presentati.

Nei casi in cui i sintomi sembrano essere la punta di un iceberg e la loro soluzione non è sufficiente a rispondere alle difficoltà del cliente, allora ci si occupa della "persona", delle sue premesse e della sua storia. In questi casi la terapia richiede più tempo ed è caratterizzata da un'esplorazione, insieme al cliente, della sua storia e delle prospettive presenti e future. Come sarà meglio descritto più avanti, la terapia individuale che facciamo ora si ispira a quest'ultimo tipo di esperienza, anche se – quando occorre – utilizziamo anche interventi del primo tipo.

2. Un'idea che ha avuto e ha tuttora una significativa influenza sul nostro pensiero clinico è che i sintomi emergono in contesti in cui una persona non riesce a trovare un senso nel rapporto con se stessa e con le persone significative cui è connessa (questa situazione è riscontrabile, in massimo grado, nelle psicosi). Da ciò deriva che i sintomi, inclusi anche quelli di cui il cliente può essere solo vagamente consapevole – come nei casi di conflitto d'identità o di dubbio esistenziale –, possono essere considerati come *dilemmi relazionali*, i quali possono sciogliersi anche improvvisamente, come neve al sole, nei casi in cui si agisca su un particolare nodo relazionale. Questo tipo di cambiamento (cambiamento discontinuo per salti) è stato descritto ampiamente (Selvini Palazzoli et al., 1975; Boscolo, Bertrando, 1993) ed è una delle caratteristiche principali del pensiero sistemico, che ha favorito il nostro ottimismo terapeutico.

3. L'ottimismo, cementato anche dai successi e dalla brevità della terapia della famiglia, ha trovato conferma anche nell'idea che il sistema (individuo e famiglia) ha all'interno di se stesso le informazioni su

come evolvere. Possiamo illustrare questo punto con un'analogia, per quanto approssimativa: se un fiume si blocca, un terapeuta a orientamento psicodinamico lavorerà per sbloccarlo e poi ricostruire il letto del fiume stesso, mentre un terapeuta sistemico, una volta sbloccato il corso del fiume, si potrà fermare, contando che il fiume abbia in sé le "informazioni" per fluire verso il mare. C'è da rilevare, però, che ciò può non valere per tutti i casi. Per esempio, i clienti con gravi disturbi di personalità o psicotici possono essere così "destrutturati" da aver bisogno di contatti terapeutici anche a tempo indeterminato, o addirittura interminabile, anche se distanziati da lunghi intervalli.

4. La ricerca su tempo e cambiamento (Boscolo, Bertrando, 1993) ha sottolineato l'importanza per il terapeuta della consapevolezza del tempo e dei ritmi della terapia. La coordinazione del suo tempo individuale con il tempo del cliente, la "danza" terapeutica, è un processo a volte difficoltoso, come nei casi di personalità ossessiva ipomaniacale o psicotica del cliente. Naturalmente, il terapeuta dovrebbe essere consapevole anche della coordinazione del tempo del suo cliente con quelli delle persone significative cui è connesso.

5. Nella maggioranza dei modelli di terapia breve, l'interesse del terapeuta è per il tempo presente e futuro, mentre noi ci occupiamo dell'intero arco della vita del cliente, incluso il suo passato. Ci interessano le connessioni, i vincoli che nel tempo hanno condotto il cliente a costruire la storia che ha costruito. Come si accennerà nel capitolo III, la concezione del terapeuta che connette le tre dimensioni del tempo, passato, presente e futuro, in un anello autoriflessivo entra in gioco nel contrastare la visione lineare-causale e deterministica che il cliente adotta nello spiegare – e spiegarsi – la propria storia.

Terapia breve-lunga

Dopo le varie esperienze fatte in terapia familiare e individuale, alla fine degli anni Ottanta abbiamo deciso di intraprendere una ricerca su una terapia individuale sistemica che potesse soddisfare i presunti bisogni della grande maggioranza dei clienti, e anche il nostro bisogno di terapeuti di operare coerentemente al modello che avevamo sviluppato nei due decenni precedenti. Per tutta una serie di considerazioni, il formato che ci è sembrato più idoneo per i fini descritti è stato quello di una terapia chiusa, dal punto di vista del tempo, a venti sedute, con intervalli da due a quattro settimane, per una durata complessiva di circa un anno e mezzo. Questa terapia può essere def-

nita come "breve-lunga", breve per numero di sedute e, quindi, di tempo trascorso in diretto rapporto con il cliente, lunga per durata complessiva della terapia, che supera di molto quella prevista dai diversi modelli di terapia breve.

Nel contratto iniziale, fatto in prima seduta con il cliente, viene comunicato che la terapia avrà una durata massima di venti incontri, a intervalli di due-quattro settimane l'uno dall'altro, e che la maggioranza dei clienti di solito può finire nelle prime sedute o, comunque, prima della ventesima seduta. Se all'ultima seduta il cliente avrà ancora bisogno di terapia, il terapeuta rivaluterà la possibilità di essere ancora utile per il cliente o, in caso contrario, gli consiglierà di rivolgersi a un altro collega. È cruciale che il terapeuta non colpevolizzi il cliente per il mancato successo, ma lo attribuisca a se stesso, comunicando che un terapeuta non può risolvere tutti i casi che gli si presentano.

Questa forma di terapia è "chiusa" per quanto riguarda il termine, ma "aperta" per quanto riguarda la scelta del cliente, che può decidere di finire la terapia nel momento in cui si sente di farlo. Si può far rientrare tale modalità nel discorso della depatologizzazione e della visione positiva, che permette al cliente di assumere in prima persona una posizione di attività, responsabilità e competenza nel fare le proprie scelte esistenziali.

Perché ricorrere alla terapia breve? E perché utilizzare lunghi intervalli fra le sedute, quando la maggioranza dei terapeuti usa intervalli più brevi, di solito di una seduta settimanale? Cominciamo a rispondere alla prima domanda.

Il primo spunto ci è venuto dall'esperienza diretta con la terapia familiare breve di dieci sedute, in cui nella maggioranza dei casi i cambiamenti più significativi avvenivano dalla sesta alla nona seduta. Un'influenza significativa hanno avuto anche le letture sulle terapie brevi familiari e individuali. Sul versante psicoanalitico, il primo nome che si impone è quello di Freud, le cui analisi frequentemente non si protraggono oltre l'anno, e a volte duravano anche molto meno (l'analisi di Sándor Ferenczi, per esempio, durò appena sei settimane). È noto che Freud a volte utilizzava anche tecniche ascrivibili oggi alle terapie strategiche, come il prescrivere ai clienti, dopo che l'*insight* non aveva avuto effetto, di affrontare direttamente gli oggetti fobici. Ma sono stati soprattutto alcuni psicoanalisti del dopoguerra (Malan, Sifneos, Mann, Davanloo ecc.), in particolare in Inghilterra e negli Stati Uniti, a sviluppare alcuni tipi di terapia breve a orientamento psicodinamico, che potessero rispondere alle esigenze delle masse de-

gli utenti che si rivolgevano ai servizi psichiatrici. Tali terapie erano considerate adatte per un certo tipo di clienti e di problemi (terapie brevi focali o tematiche), mentre per altri clienti si consideravano indicate terapie o analisi a lungo termine.

La tecnica delle terapie brevi a orientamento psicodinamico si differenzia nei riguardi di quelle a lungo termine per una maggiore attività del terapeuta, per l'interesse verso specifici temi o conflitti da affrontare, per la preferenza dell'analisi della relazione reale nel qui e ora rispetto all'analisi del transfert (che favorisce la regressione) e, infine, per l'enfasi sul presente piuttosto che sul passato. È significativo che in questa sintetica descrizione si possano rilevare elementi tecnici simili a quelli di altri modelli di terapia breve, tra i quali anche il nostro.

A proposito delle terapie brevi, c'è infine da rilevare che:

[...] il grosso delle ricerche [...] sottolinea due punti interessanti. Primo, l'evidenza suggerisce che la terapia breve è altrettanto efficace della terapia a lungo termine e, secondo, che i benefici ottenuti dalla terapia breve sono duraturi quanto quelli ottenuti nelle terapie a lungo termine. (Gibney, 1994, p. 63)

Per quanto concerne i lunghi intervalli fra le sedute, l'articolo "Why a long interval between sessions?" (Selvini Palazzoli, 1980) descrive le ragioni che avevano indotto il gruppo originario di Milano, primo nel campo della terapia, a passare sistematicamente da intervalli di una settimana fra le sedute a intervalli di un mese. Questo viraggio temporale avvenne per motivi casuali, e gli effetti prodotti furono così positivi che da allora gli intervalli mensili sono diventati di *routine* nelle terapie di coppia e di famiglia. La spiegazione che fu data in quella sede fu che l'incontro con il terapeuta poteva avere l'effetto di perturbare il sistema-famiglia e innescare cambiamenti a livello individuale, che si sarebbero riverberati, attraverso un vortice di circuiti cibernetici su tutti i membri della famiglia. Questo processo, naturalmente, avrebbe richiesto un certo tempo affinché il sistema familiare raggiungesse un nuovo equilibrio. Questo tempo arbitrariamente fu ritenuto corrispondere a un intervallo di circa un mese. Da qui l'idea che, se il terapeuta fosse rimasto sulla scena in questo intervallo, dando un appuntamento in tempi più brevi, avrebbe interferito negativamente, ostacolando con la sua presenza lo spontaneo processo di cambiamento in atto. Questa è una ragione per cui allora la terapia "alla milanese" era definita dai colleghi anglosassoni come *hit and run therapy* ("terapia mordi e fuggi").

Per molti anni, nelle poche terapie individuali condotte, fu mantenuto l'intervallo di una seduta alla settimana, in quanto si riteneva che un intervallo più lungo avrebbe diminuito le possibilità d'ingaggio o di sviluppo della relazione terapeutica. Nella seduta familiare questo pericolo è minimo, in quanto la relazione è poliadica e, quindi, la sua intensità si distribuisce fra tutti i membri del sistema terapeutico.

Nel tempo, tuttavia, la curiosità di provare a usare lunghi intervalli anche nelle terapie individuali sistemiche ha preso il sopravvento. Possiamo qui anticipare che gli effetti dei lunghi intervalli sono stati rimarchevoli. Nella maggioranza dei casi, c'è stato un effetto contrario a quello temuto, nel senso che i pensieri e le emozioni del cliente nei riguardi del terapeuta si sono rivelati più intensi man mano che trascorreva il tempo e ci si avvicinava alla data del prossimo incontro.

La nostra esperienza è che, nei casi in cui i problemi non si risolvono entro le prime sedute, il cliente man mano si coinvolgerà con il terapeuta sempre di più ed è significativo, come hanno rilevato anche altri terapeuti che hanno adottato una cornice di terapia breve a termine (in particolare Mann), che il cliente tenda a dimenticare il numero della seduta. È importante che il terapeuta lo faccia presente, per evitare che si arrivi al termine della terapia senza che si sia risolto il problema della separazione (si veda, a questo proposito, il caso di Susanna C., capitolo V).

Mann (1973) ha sviluppato un interessante modello di terapia breve chiusa di dodici sedute, definita "psicoterapia a tempo definito" (*time-limited psychotherapy*), basata su un modello psicodinamico-esperienziale. Egli ritiene che in questo tipo di terapia

[...] il dominare l'ansia di separazione divent[il] il modello per dominare le altre ansie nevrotiche. [...] Tutte le forme brevi di terapia, che i loro praticanti lo sappiano o meno, fanno rivivere l'orrore del tempo. [...] Un modo per capire l'incapacità di dare al tempo un'importanza fondamentale risiede nel desiderio di negare l'orrore del tempo da parte degli stessi terapeuti. (Mann, in Hoyt, 1990, p. 130)

Queste riflessioni di Mann sono congruenti con l'impressione che abbiamo tratto dalla nostra esperienza: nei casi in cui i clienti non decidono di terminare prima della quindicesima seduta, si entra in una fase finale, in cui il tema principale diventa la separazione dalla terapia e dal terapeuta, con tutte le angosce legate a essa. Le abilità e la risonanza emotiva del terapeuta in quest'ultima fase sono elementi cruciali per risolvere i dilemmi della separazione. Abbiamo notato che

nei casi in cui, in una di queste sedute, vengano utilizzati i terzi dietro lo specchio, la loro presenza dà un contributo molto positivo a concludere questa fase finale con successo.

Parallelamente a questa ricerca su una terapia breve-lunga, ci capita di condurre terapie individuali al di fuori dei vincoli di tempo descritti. Sorge a questo punto una domanda: questo modello di terapia breve-lunga è facilmente trasmissibile? Noi riteniamo che sia necessario che il terapeuta che vuole utilizzarlo debba in primo luogo avere una certa esperienza nel campo della terapia e, in secondo luogo, avere utilizzato diverse cornici temporali e acquisito una certa sicurezza e flessibilità.

Vogliamo infine ricordare, come ricercatori e come terapeuti, di tener presente che le nostre tecniche e teorie sono utili per dare un senso a ciò che facciamo, ma possono anche renderci ciechi alle istanze e alle emozioni dei nostri clienti. Scrive Hoyt (1990):

Ciò che è più importante nel decidere la durata di un trattamento è l'attenzione ai bisogni di quel singolo paziente in quel particolare momento. [...] Durante "prestabile" non dovrebbero diventare un letto di Procuste, con alcuni clienti che vi si adattano perfettamente, mentre per altri [il tempo della terapia] viene inutilmente o troncato o diluito. [...] I terapeuti dovrebbero anche conoscere i propri personali punti di forza e debolezza, ma non dovrebbero imporre le loro preferenze o predilezioni nel nome della "politica" o dello "stile". (p. 125)

Pur essendo sostanzialmente d'accordo con queste considerazioni, riteniamo che il formato terapeutico che proponiamo tenga conto delle istanze e dei bisogni menzionati per la maggioranza dei clienti (anche se non per tutti!). Avendo il cliente la responsabilità della scelta di quando finire la terapia, è lui che decide di scegliere il suo tempo all'interno del vincolo delle venti sedute. Per coloro che hanno bisogno di un tempo più lungo, verranno presi in considerazione, com'è già stato ricordato, i loro bisogni e le risorse del terapeuta.

IL TERAPEUTA

Il Sé del terapeuta nella relazione

La teoria è la lente attraverso cui vediamo la realtà attorno a noi e in noi stessi. Essa influenza il modo di considerare il proprio Sé all'in-

temo della terapia: per esempio, nel corso dell'esperienza psicoanalitica di Luigi Boscolo citata nel capitolo 1, il Sé del terapeuta e le sue emozioni erano oggetto principale di interesse, e venivano sottoposte a un monitoraggio costante, attraverso l'analisi del controtransfert o, a volte, con l'aiuto di un supervisore.

In seguito, nel periodo della terapia strategico-sistemica degli anni Settanta, la priorità cambiò nettamente. La massima attenzione, in quel periodo, era posta sulla famiglia, e non sul terapeuta o sulle sue emozioni. Anche quando (raramente) ci si occupava di casi di terapia agli interventi atti a modificarli, ignorando del tutto l'analisi del Sé del terapeuta. La cibernetica di secondo ordine e il pensiero costruttivo-riportato l'attenzione sull'individuo, sui suoi pregiudizi, premesse ed emozioni. L'interesse si è rivolto non solo verso le relazioni dell'individuo con il suo mondo esterno ma, soprattutto, verso la relazione per il cliente sia per il terapeuta: in tal modo, il Sé di quest'ultimo è tornato a occupare una posizione di primo piano (vedi capitolo 1, pp. 12-13).

Anche per questo argomento, è stato per noi importante il pensiero batesoniano. Più frequentemente, di Bateson (1951, 1972, 1979) si considerano i contributi sull'ecosistema e sulle relazioni esterne, dimenticando che egli non aveva sottovalutato né l'individuo, né tantomeno l'inconscio: anzi, riteneva che l'inconscio fosse la parte più importante della mente e che il conscio fosse poco più d'un epifenomeno.

Come antropologo, si era diffusamente occupato dello studio del mondo interno dell'individuo (conscio e inconscio), della formazione delle abitudini, delle metafore, della produzione artistica e degli stati patologici, specialmente del pensiero schizofrenico. Un punto di particolare rilevanza nel suo pensiero è proprio l'inconscio, pur in un'accezione molto diversa da quella freudiana: esso non sarebbe costituito di pulsioni (intese come forze istintuali) ma di abitudini (*habits*) e, sono un processo di deutero-apprendimento. La conoscenza del Sé del terapeuta diventa allora la conoscenza delle sue premesse, anche se si tratta inevitabilmente di una conoscenza irraggiungibile, perché nessuno può diventare pienamente consapevole delle proprie premesse. Per molti versi, le premesse sono come le piante dei propri piedi; siccome ci si poggia sopra, è impossibile guardarle.

[...] la nostra vita è tale che le sue componenti inconscie sono continuamente presenti in tutte le loro molteplici forme. Ne segue che nelle nostre relazioni noi continuamente ci scambiamo messaggi su questi materiali inconsci, e diviene importante anche scambiare metamesaggi per dirci l'un l'altro quale ordine e specie di inconscio (o coscienza) è inerente ai nostri messaggi. (Bateson, 1972, p. 170)

Pur nutrendo il massimo rispetto per la scienza, Bateson (1972) era attratto dalle espressioni dell'inconscio: dall'arte, dai riti, dal sacro. L'inconscio e il suo linguaggio metaforico sono stati continuamente enfatizzati nella sua opera.

È un luogo comune tra i popoli anglosassoni ritenere che sarebbe in qualche modo meglio se ciò che è inconscio fosse reso conscio. Per sino Freud si dice che affermasse: "Dov'è l'Id ivi sarà l'Ego", come se possibile e, naturalmente, anche vantaggioso. Questa opinione [...] è un'opinione totalmente distorta di che cosa mai sia un uomo o un qualunque altro organismo. (pp. 170-171)

Il terapeuta che non voglia essere ingenuo nel suo lavoro dovrebbe acquisire una maggior consapevolezza delle proprie premesse, ovvero degli assunti di base che lo guidano nel suo agire: quanto di quell'agire è dettato da pregiudizi sociali e culturali; quali possono essere le premesse del cliente (i suoi assunti individuali, familiari, sociali e culturali); in che modo la relazione terapeutica obbedisce a questa relazione tra epistemologie (sistemi di premesse) diverse. Una tale consapevolezza da parte del terapeuta lo mette in grado di mantenere nel tempo una prospettiva coevolutiva, evitando di reificare le relazioni considerandole nel loro contesto in costante evoluzione sotto la pressione dei mutamenti personali e sociali.

In questo processo evolutivo, è importante che il terapeuta coordini il proprio tempo con il tempo del cliente, aprendo spazi a prospettive diverse ed evitando di ancorarsi a una visione particolare della sua storia. Perché ciò possa realizzarsi, sono di primaria importanza lo sviluppo dell'alleanza terapeutica e l'empatia del terapeuta, cioè la capacità e la sensibilità di mettersi nella posizione dell'altro; per la frase quanto Borges (1952) diceva di Shakespeare, un buon terapeuta deve sforzarsi di "essere uguale a tutti gli uomini".

Com'è possibile acquisire consapevolezza di sé nella pratica terapeutica? Noi abbiamo negli anni trovato una risposta nella dialettica

che caratterizza il lavoro dell'équipe. Con esso viene costituito un sistema a tre: cliente, terapeuta, osservatore(i). Il compito dell'équipe è di fornire al terapeuta la supervisione del caso e un punto di vista esterno atto a favorire una maggiore consapevolezza dei suoi pregiudizi, premesse ed emozioni all'interno del sistema terapeutico. Questa supervisione può essere diretta, con l'équipe che osserva dietro uno specchio, o indiretta, attraverso il commento di materiale videoregistrato o della presentazione verbale del caso. A questo proposito, nella formazione alla terapia sistemica, gli allievi frequentemente presentano al gruppo, che funge da équipe di supervisione, casi di terapia individuale e familiare, alcuni piuttosto complessi per le connessioni che nel tempo si sono create con i vari operatori e servizi coinvolti. Lo sviluppo delle idee prodotte dall'équipe genera un "pattern che connette" (Bateson, 1972) che può aiutare colui o colei che presenta il caso a uscire dai dilemmi e dalle rigidità che limitano il suo comprendere e il suo agire.

L'équipe, infatti, ha il compito di generare ipotesi: ipotesi sul cliente, ma anche ipotesi sul terapeuta, sui suoi pensieri, sulle sue emozioni e sulla relazione fra terapeuta e cliente. Questa pratica richiama l'analisi del controtransfert in una supervisione di tipo psicodinamico, con la differenza che il processo si svolge dal vivo, nel qui e ora della seduta, così che la retroazione è più immediata e vivace. L'interazione fra terapeuti e clienti viene esaminata da una o più persone che apportano un secondo livello di riflessività, che integra la riflessività del terapeuta, contaminata dai suoi pregiudizi.

Uno dei rischi maggiori per il terapeuta è infatti quello di "cadere" dentro la relazione, perdendo la distanza necessaria per pensare in termini di differenze, che permettono di uscire dalle secche della rigidità. Nella *Pragmatica della comunicazione umana* (1967) Watzlawick e collaboratori sostengono che il "periodo di grazia" del terapeuta nel favorire il cambiamento non è infinito: ci sarà un momento in cui nel dialogo fra terapeuta e clienti vengono scambiate le stesse informazioni, cioè non si creano più "differenze che fanno una differenza". La terapia entrerà in un'impasse. L'intervento di un terzo, consulente o supervisore, può introdurre differenze o nuovi punti di vista che potranno sbloccare l'impasse. Nel modello strategico, essendo la terapia molto breve e focalizzata sui problemi presentati, la supervisione si occupa prevalentemente delle tecniche più adatte a liberare il cliente dai sintomi. Per noi, invece, che operiamo con un modello sistemico, essendo l'attenzione rivolta alla totalità della persona e allo sviluppo di un pro-

cesso di esplorazione in cui non sono prevedibili gli esiti, diventa importante la dialettica a tre che si sviluppa lavorando con l'équipe.

Il lavoro in équipe ci ha condotti a considerare diversi punti di vista. Lo scambio di idee e di emozioni dietro lo specchio ci ha abituati ad avere una pluralità di visuali. E soprattutto ci ha allenati, quando lavoriamo da soli, a uscire dall'immediatezza della relazione con il cliente per rifugiarsi momentaneamente dietro un virtuale "specchio" unidirezionale, e analizzare la relazione fra il cliente e noi stessi. In un certo senso si può dire che la formazione sistemica favorisce un processo di internalizzazione e introiezione dell'équipe e delle sue "voce", che rappresenteranno una polifonia nella mente del terapeuta.

Inoltre, vogliamo sottolineare che attraverso il lavoro in équipe ogni suo membro, nel tempo, imparerà a posizionarsi nei vari punti di osservazione del sistema significativo in cui il cliente e il terapeuta sono immersi. Potrà porsi, a un dato momento, come osservatore del presunto mondo interno del cliente, oppure delle sue relazioni esterne, del proprio mondo interno di terapeuta, della relazione terapeutica, del rapporto fra le idee del cliente e le proprie, in relazione ai modelli culturali. Questo modo di lavorare, sviluppatosi nella ricerca, nella formazione e nella terapia della famiglia, è diventato per noi un metodo che, naturalmente, ci influenza anche quando lavoriamo da soli con un singolo cliente.

È noto che in molte forme di terapia, prime fra tutte la psicoanalisi e le terapie a orientamento psicoanalitico, aver fatto una propria terapia personale è *conditio sine qua non* per raggiungere lo status di terapeuta. Per quanto il nostro modello non preveda una tale formazione personale, esso, tuttavia, prevede che sia l'apprendimento in gruppo (in équipe) a svolgere tale funzione.

Inizialmente gli allievi erano formati sostanzialmente a sviluppare abilità tecniche; gradualmente, la formazione ha assunto un'impronta assai più accentuata di formazione personale attraverso i gruppi di apprendimento. All'interno della formazione sistemica, è possibile all'allievo fare un lavoro su se stesso, un lavoro, però, che mantiene un ampio margine di libertà (non c'è coazione, e nemmeno è vivamente consigliato agli allievi di costruirsi una formazione personale), e che comunque ha sempre il suo perno nel qui e ora dei gruppi di formazione.

Tali attività di gruppo permettono [...] la costituzione di una "mente collettiva" (nel senso che Bateson attribuisce a tale concetto) che elabora il lavoro teorico e la pratica clinica connettendoli in modo circolare. (Boscolo et al., 1995, pp. 757-758)

Nei corsi di formazione, sia lavorando con i clienti "in vivo" sia nelle simulate, nel tempo l'allievo occuperà posizioni diverse nel macrosistema rappresentato dal gruppo in rapporto con i clienti veri o virtuali. Egli cioè si troverà, nel tempo, nella posizione del cliente, in quella del terapeuta, in quella di membro dell'équipe terapeutica e, infine, in quella di membro del gruppo di osservazione che osserva l'équipe terapeutica che aiuta il terapeuta nel suo lavoro con il cliente. La realtà esperita da questi diversi punti di osservazione, situati a livelli differenti, cambia non soltanto per la posizione, ma anche per il compito che è assegnato a ciascun membro del gruppo. L'attenzione del cliente, per esempio, è rivolta alla propria storia e alle aspettative del terapeuta; l'attenzione e le emozioni del terapeuta sono rivolte alle descrizioni e alle emozioni del cliente, oltre che alla relazione con esso; l'attenzione del membro dell'équipe terapeutica è rivolta al processo terapeutico in evoluzione, in particolare alla relazione fra terapeuta e cliente; infine, nella posizione del gruppo di osservazione, l'attenzione è rivolta a tutto quanto detto, e in più al processo di supervisione svolto dall'équipe terapeutica nei confronti del terapeuta. Tutta questa complessa procedura ha lo scopo di formare gli allievi a pensare e operare secondo il modello sistemico.

Così, anche quando lavoriamo da soli con il cliente, non solo abbiamo la nostra "équipe interna" che ci assiste ma, a volte, ci chiediamo: se ci fossero dei colleghi dietro lo specchio, che cosa rileverebbero? Che opinioni potrebbero sviluppare su quello che sta accadendo nel qui e ora? Questa prospettiva ci libera temporaneamente dai vincoli cognitivo-affettivi che ci legano al cliente, e ci permette di avere una visione "dall'esterno". Si può dire che la prospettiva sistemica porta l'incontro di due persone, cliente e terapeuta, a essere fittamente popolato. Non soltanto dalla comunità che costituisce il Sé del terapeuta, formata dalle figure significative della sua vita personale e professionale e dai suoi colleghi reali (l'inviante ed eventuali altri colleghi connessi al problema presentato), ma anche dalle persone del mondo interno ed esterno del cliente, e dalle "voci" della cultura in cui entrambi sono immersi.

L'aspetto più rilevante in questo processo consiste nella capacità del terapeuta di entrare in sintonia con il cliente, di privilegiare l'ascolto del cliente stesso, permettendogli così di segnalare a sua volta la rilevanza delle comunicazioni del terapeuta. A questo proposito, Anderson (in Holmes, 1994) ha riportato la seguente osservazione (acuta e utilissima per i terapeuti):

Un paziente svedese venne alla conclusione che c'erano due tipi di terapeuti: terapeuti prevedibili e terapeuti che volevano essere inattesi. Parlando dei clienti in genere si attaccano a quell'immagine e non sanno la storia dei clienti in genere si attaccano a quell'immagine e non comprendono che cosa sia quella storia per i clienti. Disse che sapeva che cosa gli chiederanno, e che tipo di risposta vogliono. Disse che ciò è noioso e fa sentire molto pesante e triste dentro. Pensava che fosse triste che i terapeuti non avessero più fantasia e non pensassero più criticamente a quello che avviene loro intorno. Parlò dei terapeuti che trovano interessante il dramma delle sue storie. Vogliono i dettagli e fanno domande che portano fuori il dramma e perdono quello che è significativo per la persona. Che cosa significa essere solo in una situazione, perché solo è quello che sei veramente. (p. 159)

Per evitare tali pericoli, una modalità dialogica che si è rivelata molto utile per noi consiste nel verificare di tanto in tanto con il cliente se quello che chiediamo ha un senso per lui. Questa semplice domanda, posta soprattutto negli snodi centrali del dialogo, permette al cliente di segnalare al terapeuta se sta seguendo una strada che ha un rilievo per il cliente stesso. Commentando la seguente domanda fatta dal primo autore a un cliente: "Lei pensa che le mie domande diano l'impressione che io in qualche modo la capisco?", Ron Perry (1993) scrive:

[La domanda] implica che il terapeuta è in sintonia con le preoccupazioni del sistema quando quello che chiede è interessante per esso, degno di risposta o almeno di riflessione. [...] Per fare una simile domanda è necessario essere a contatto con il sistema e la sua vita interiore. (p. 70)

Nel continuo processo di interazione con i clienti, i colleghi e diverse teorie, il terapeuta arricchisce non solo il suo bagaglio di conoscenze, ma anche la sua persona. Così, nel tempo, il suo Sé si "riempirà" di più voci significative: le voci della sua famiglia, quelle dei suoi maestri, quelle dei suoi clienti, in un processo in costante evoluzione.

Il potere nella relazione terapeutica

Da qualche tempo all'interno dell'approccio sistemico-relazionale si è aperto un vivace dibattito sul problema del potere nelle relazioni familiari e terapeutiche (i contenuti di esso saranno illustrati nei capi-

tolo III, alle pp. 98-100). Noi qui ci limiteremo a un accenno sull'orientamento dei vari approcci relativamente al problema del potere nella relazione terapeutica.

Ogni modello teorico assegna al terapeuta una posizione particolare all'interno della relazione con il cliente. Come è stato sottolineato da autori quali Foucault (1970) e Jervis (1975), la posizione del terapeuta è sempre e non può non essere una posizione di *potere* rispetto al cliente. È una posizione di potere perché è lui a definire le regole della conversazione terapeutica, e questo potere gli è dato dal contesto: quando anche si ponga nella posizione di massimo ascolto, e permetta al cliente la più ampia libertà espressiva, è pur sempre lui a permetterla, quindi a essere nella posizione di potere. È evidente, d'altronde, che egli riceve dal cliente la delega a esercitare questo potere: da questo punto di vista, la sua posizione è ben diversa rispetto a quella dello psichiatra istituzionale, che spesso deve esercitare un potere costrittivo rispetto a un paziente non consenziente.

All'interno di questa cornice, comunque, i diversi orientamenti ammettono una gradazione diversa di potere esplicitamente esercitato da parte del terapeuta. Possiamo provare a elencarli seguendo un ordine decrescente.

Nell'orientamento comportamentale, comprese le varianti psicoeducative, il terapeuta è in posizione massimamente direttiva (Fallon, 1991). È in possesso della competenza sufficiente per suggerire e imporre direttamente determinati comportamenti ai clienti, che accettano di delegargli in grande misura le scelte. C'è da rilevare che nemmeno in questi modelli il terapeuta si pone come onnisciente, e che ai clienti rimane libertà d'azione. Ma il contesto in cui esercitare questa libertà è controllato esplicitamente dal terapeuta.

L'orientamento strategico, specie nella concezione di Jay Haley (1963), è tradizionalmente tra i più attenti ai rapporti di potere: secondo Haley, il terapeuta ha la responsabilità di esercitare un potere benevolo, che conduca il cliente ad accettare una posizione *one-down* necessaria per la soluzione dei problemi. La differenza rispetto al comportamentismo è che il potere non è esercitato apertamente ma attraverso strategie (posizione pseudo-complementare), quindi usando mezzi indiretti, che non sfidino la posizione *one-up* del cliente, ma lo portino comunque ad accettare il potere del terapeuta.

L'orientamento strutturale (Minuchin, 1974), molto sensibile al problema delle gerarchie, attribuisce al terapeuta un potere meno accentuato, che viene però esercitato in modo più chiaro che nel model-

lo strategico. Il terapeuta opera con la nozione di quale sia la struttura desiderabile che i clienti devono raggiungere e, in seduta, esercita apertamente il potere necessario per raggiungere lo scopo. Nel qui e ora, ha anche una delega d'autorità tale da poter usare manovre impulsive nei confronti dei clienti.

Nella psicoanalisi classica, l'analista si trova in una posizione di apparente scarso potere, in quanto interviene soltanto con interpretazioni dei comportamenti, delle fantasie, dei sogni e delle libere associazioni del cliente, e non cerca esplicitamente di dirigere i comportamenti. In effetti, la posizione di apparente passività gli assicura un potere che per il cliente è difficile sfidare, dal momento che non è mai assertivo con tono di sfida (vedi Haley, 1963).

L'orientamento sistemico che noi seguiamo vede il terapeuta in posizione moderatamente direttiva quanto alla conversazione nel qui e ora in seduta. Egli a volte si mette in posizione d'ascolto, lasciando esprimere al cliente, anche per periodi piuttosto lunghi, i suoi pensieri ed emozioni; oppure può decidere di seguire una sua ipotesi e a seconda di essa dirige la conversazione, attraverso la scelta delle domande, dei temi e dei turni di parola. Cerchiamo, in collaborazione con il cliente, di creare un contesto di deuterio-apprendimento che gli permetta di uscire da sofferenze e rigidità, aprendosi a nuove scelte e soluzioni. Essendo conoscenza e potere intimamente connessi (Foucault, 1966), usiamo le nostre conoscenze teoriche e pratiche acquisite in tanti anni (vedi capitolo I), servendoci di domande più che di affermazioni, e lasciando così al cliente il potere di scegliere i significati che più hanno senso per lui.

L'orientamento terapeutico che attribuisce posizione di minor potere al terapeuta è probabilmente quella della "non conoscenza" teorizzata da Goolishian e dalla sua scuola (Anderson, Goolishian, 1992; Holmes, 1994). In essa, il terapeuta non segue né una teoria relativa a quale possa essere un buon esito per il cliente, né una propria ipotesi per guidare la conversazione: si limita a tenere aperta la conversazione accettando i cambi di direzione e le decisioni dei clienti.

Non condividiamo alcune posizioni oltranziste dei terapeuti conversazionali, in particolare l'affermazione che la teoria costruttivista implica obbligatoriamente l'abbandono della posizione di esperto, e quindi il potere, da parte del terapeuta. A questo proposito, si può affermare che la prospettiva costruttivista non ammette verità assolute, ma accetta le verità (relative, costruite) che derivano dal consenso. La posizione di esperto deriva dal consenso condiviso di una comunità.

Il fatto stesso che alcune persone accettino che altre possano assumere il ruolo di "terapeuti" (ed essere pagate per farlo) ha effetti pratici. Negare il ruolo condiviso di esperti significa negare la possibilità stessa di fare terapia, più che fondare un modo diverso di fare terapia (vedi, a questo proposito, Efran, Clarfild, 1992).

Empatia, visione positiva e relazione terapeutica

C'è un generale consenso, indipendentemente dall'orientamento teorico professato, che un atteggiamento empatico da parte del terapeuta sia essenziale o perlomeno importante in terapia. E' da rilevare comunque che una minoranza di approcci (come per esempio quello strategico o quello comportamentale) hanno trascurato o posto in secondo piano l'elemento empatico. Jay Haley, per esempio, considera prioritario il controllo della relazione da parte del terapeuta piuttosto che l'empatia.

Come spesso accade a concetti che si tende a dare per scontati, l'empatia non è semplice da definire. Goldstein e Michaels (1985), in un libro dedicato all'argomento, elencano ben sedici definizioni diverse, prima di fermarsi a quella, semplice e lineare, di Macarov (1978):

1. Assumere il ruolo dell'altro, vedere il mondo come questi lo vede e sperimentare i suoi sentimenti.
2. Essere pronto a leggere le comunicazioni non verbali e a interpretare i sentimenti sottostanti a esse.
3. Comunicare interesse, e prendersi cura (*caring*) sinceramente di comprendere in maniera non giudicante e di aiuto. (p. 88)

Questi tre punti sono consoni al nostro modo di pensare e di operare, con l'eccezione della parola "interpretare" nel punto 2, cui sostituiremmo la parola "rilevare". Qui ci limiteremo a osservare che la sintonia con la posizione di Macarov si riferisce al periodo "sistemico" della nostra attività terapeutica, mentre precedentemente il nostro approccio era prevalentemente di tipo strategico, basato sul controllo e sull'aspetto istruttivo piuttosto che empatico della relazione terapeutica.

Dobbiamo dar credito soprattutto agli psicoanalisti di avere analizzato il concetto di empatia e di avere raggiunto degli *insight* profondi al proposito. L'empatia è stata ampiamente studiata e teorizzata da diversi psicoanalisti, tra gli altri da Kohut (1971, 1977), che a essa asse-

gna un ruolo fondamentale nel processo di cura,⁹ da Schaffer (1983) e da altri.

Al di là della sua componente emotiva, l'empatia ha anche una non trascurabile componente cognitiva. Roy Schaffer (1983) ha sottolineato quest'ultimo aspetto: la relazione terapeutica crea un campo emotivo in cui sia il terapeuta sia il cliente presentano quello che Schaffer definisce un "secondo sé", ovvero un sé che esiste soltanto relativamente a quella relazione. Un tale processo spiega le osservazioni di Fliess (1942), che aveva notato come spesso gli psicoanalisti risultano, nel contesto clinico, assai più sensibili e comprensivi di quanto non siano nel contesto della vita quotidiana, e che aveva spiegato tale fatto ricorrendo al concetto di "Io di lavoro" (*work ego*) dell'analista.

La teoria sistemica enfatizza meno questa differenza tra la persona del terapeuta nel momento in cui fa terapia rispetto alla vita di tutti i giorni. Quello che è sottolineato dalla terapia sistemica è l'importanza del *contesto*: quello terapeutico è per noi nient'altro che un particolare contesto di vita, in cui il terapeuta tende ad assumere una particolare posizione di comprensione e di curiosità. Egli, nel comprendere empaticamente il cliente, si crea un modello interiore del cliente stesso, ed è a quest'ultimo che risponde. In altri termini, anche la comprensione empatica è influenzata dalle premesse, dai pregiudizi e dalle teorie del terapeuta, che risultano determinanti nel guidare e delimitare il suo campo di osservazione.

Pur costruendosi il proprio "cliente modello", comunque, il terapeuta empatico è anche in grado di comprendere (e di vedere positivamente) i drammi e le ferite del cliente, senza assumere un atteggiamento giudicante.

Un'interessante concezione dell'empatia è presentata da Harlene Anderson (in Holmes, 1994):

L'intimità è un concetto importante: sentirsi connessi a un'altra persona, sentirsi vicini e sentirsi collegati. Quando lavoro con le persone mi sento collegata a loro. Mi piacciono, mi sento bene con loro, mi sento a mio agio. Spesso parlo dell'essere in una relazione "C" che comprenda connessione, collaborazione e costruzione.¹⁰

Non penso all'empatia come esperienza interiore del terapeuta.

9. Siani (1992, cap. 9) discute ampiamente punti di forza e limiti dell'empatia secondo la concezione e la pratica clinica di Kohut.

10. Si potrebbe obiettare a questa concezione idilliaca della relazione terapeutica che, come ben sanno quanti hanno praticato la terapia degli schizofrenici (Searles, 1965), non sempre si sia così bene con tutti i clienti, né si hanno sentimenti così positivi.

Penso all'empatia come esistente nella relazione. Penso, se si è rispettosi verso un'altra persona, la si ascolta, si cerca di sentire quello che vuol farvi sentire, cercando di dare una logica a quello di cui l'altro parla, allora si è in un'interazione empatica. Non penso che si possa insegnare a qualcuno a essere empatico, ma si può imparare attraverso l'esperienza. (p. 157)

Anche nella visione dell'empatia e della relazione terapeutica ci viene in aiuto il pensiero di Bateson, che fonda le sue concezioni sul suo concetto favorito di comunicazione. Come abbiamo ricordato parlando del Sé del terapeuta, la relazione dell'individuo con se stesso, con i suoi simili e con il mondo che lo circonda, analizzata da Bateson con gli strumenti teorici offerti dalla teoria generale dei sistemi, dalla cibernetica e dalla teoria della comunicazione, aveva una posizione centrale nel suo modello, anche se trascurata da gran parte dei terapeuti (soprattutto familiari) che si sono ispirati al suo pensiero. Essi avevano sostituito la psiche e l'individuo rispettivamente con il sistema e la famiglia. Nel pensiero batesoniano originale, invece, tale dicotomia era superata dall'idea che la *comunicazione* connette gli elementi del mondo interno fra loro e con gli elementi del mondo esterno. Il mondo interno è così visto in termini di comunicazione intrapersonale, quello esterno in termini di comunicazione interpersonale. Di particolare interesse sono le descrizioni che Bateson fornisce della comunicazione intrapersonale (cioè dell'autosservazione), della comunicazione fra due persone e soprattutto della *comunicazione sulla comunicazione* che può avvenire tra di loro (cioè della metacomunicazione). In quanto fondata essenzialmente sulla comunicazione intrapersonale, l'autoterapia è pressoché impossibile, per la mancanza di un punto di vista esterno quale quello che può essere offerto da un terapeuta, esattamente come un'esperienza transculturale permette di avere una più piena conoscenza della propria cultura.

La comunicazione fra due persone, come avviene anche nella terapia individuale, dipende dalle loro premesse comuni e da ciò che emerge nel dialogo:

[...] quando si tratta di sistemi a due persone avviene una nuova specie di integrazione. [...] Se io so che l'altra persona si accorge di me e lei sa che io mi accorgo di lei, questa consapevolezza reciproca diventa una parte determinante di ogni nostra azione e interazione. Nel momento in cui si forma questa consapevolezza, lei e io formiamo un gruppo ben determinato, e le caratteristiche del processo dinamico che continuamente si svolge in questa entità più vasta controllano in

qualche misura entrambi gli individui: qui avranno di nuovo efficacia le premesse culturali comuni. (Bateson, 1951, pp. 233-234)

Il dialogo permette così la *metacomunicazione* (fattore essenziale di ogni processo terapeutico), che secondo Bateson dipenderà da come e da quanto ciascun partecipante al dialogo riesce a essere consapevole della percezione dell'altro.

Ne consegue che varie caratteristiche attribuite all'altro individuo sono divenute importanti nel plasmare e motivare il comportamento di colui che manda il segnale. I segnali vengono fatti su misura per adattarsi alle idee che l'emittente ha sul destinatario.¹¹ Da questo punto in avanti l'evoluzione di molte abitudini e caratteristiche umane – introiezione, identificazione, proiezione ed empatia – segue in modo comprensibile. (*Ibidem*, pp. 235-236)

Questa visione sistemica della relazione diadica è tuttora alla base del nostro modo di "leggere" e di esperire il processo terapeutico. In essa si possono infatti rilevare aspetti fondanti della relazione umana (e terapeutica) che emergeranno più tardi, espressi in linguaggio e con un taglio teorico diverso, a opera dei già citati autori costruttivisti e costruzionisti.

In tema di relazione terapeutica, e di emozioni del terapeuta, un utile concetto è quello di "felicità", introdotto dallo psicoanalista Giampaolo Lai, che a questo proposito scrive (1985):

Sono soprattutto interessato a un buon andamento, a un andamento felice della conversazione. Evidentemente, secondo criteri soggettivi miei, non potendo certo sapere qual è, per il mio interlocutore del momento, una buona conversazione, una conversazione felice. [...] E dal mio punto di vista, la convivenza che mi interessa, che mi va bene, è quella nella quale mi trovo a essere il più felice o, bisogna pur sapersi accontentare, il meno infelice possibile. Quanto al mio interlocutore, se, mentre si trova con me che cerco di star bene con lui, ci prova a sua volta, a star bene, il meglio possibile, il meno peggio possibile, può darsi che a lui vada bene così. A me andrebbe benissimo. (pp. 10-11)

Questo concetto relativo alla "felicità" del terapeuta, che noi spesso ribadiamo nei corsi di formazione, è molto importante in quanto un terapeuta contento ha maggiori possibilità di aiutare un cliente

11. In quest'affermazione di Bateson (del 1951) è già racchiusa, in nuce, l'idea di Marurana e Varela (1980) che è il ricevente a decodificare il messaggio.

che un terapeuta triste, annoiato o frustrato. Capita frequentemente in terapia di chiederci: "Che cosa posso fare per stare meglio, per stimolare la mia curiosità e creatività?".

Se il concetto di empatia è stato analizzato in modo profondo ed esauritivo dagli psicoanalisti, il concetto di visione positiva, insieme a quello strettamente collegato di connotazione positiva, ha caratterizzato la ricerca e la pratica della terapia familiare. Già nel modello strategico del Mental Research Institute, negli anni Settanta, la visione positiva (*positive view*) si riferiva non soltanto alla natura dei problemi presentati, considerati come espressione del vivere insieme (e non di patologia), ma anche all'uso di interventi terapeutici quali la riformulazione positiva (*positive reframing*) dei comportamenti sintomatici. Ciò conduceva a focalizzare l'attenzione sulle risorse più che sui deficit del cliente.

Il gruppo di Milano, nei primi anni Settanta, aggiunse a questo concetto la connotazione positiva di tutti i comportamenti, sintomatici e non, dei membri della famiglia. La connotazione positiva aveva la funzione di connettere i comportamenti di tutti i membri della famiglia e di accettare, connotandola positivamente, la soluzione tentata dalla famiglia ai problemi presentati da un suo membro. In tal modo si creava un doppio legame terapeutico, in quanto in un contesto (terapeutico) finalizzato, per definizione, al cambiamento, veniva comunicato e prescritto (prescrizione del sintomo) di non cambiare. Il paradosso veniva sciolto dall'introduzione di un "controparadosso" per mezzo di una sequenza temporale, come, per esempio: "Per il momento, continuate così..." (Boscolo, Bertrando, 1993).

La connotazione positiva e la connessione di tutti i comportamenti aveva l'effetto di dare un senso alle relazioni familiari e, in particolare modo, ai sintomi presentati, visti come espressioni di un problema esistenziale più che di malattia. Le possibilità di ingaggio della famiglia venivano così notevolmente aumentate e parallelamente si riducevano le eventuali resistenze. Parte di questo modo di pensare e di operare è rimasto in noi e anche nelle attuali terapie individuali (come sarà possibile vedere in molti dei casi clinici della seconda parte) utilizziamo a volte la prescrizione del sintomo, sottolineandone la transitoria funzione positiva per il cliente ed eventualmente per le persone significative in relazione con quest'ultimo.

Dell'importanza delle relazioni nel modello sistemico era espres-
sione anche il basilare accoglimento linguistico adottato dal gruppo. Una delle prime decisioni era infatti stata quella di cambiare il lin-

guaggio usato nelle discussioni tra i membri dell'équipe, sostituendo, nel riferirsi ai clienti, il verbo "mostrarsi" o "mostrare" al verbo "essere": in questo modo, per esempio, un cliente non veniva più descritto affermando "è aggressivo" ma, piuttosto, "si mostra aggressivo". Questo espediente retorico allo stesso tempo eliminava il predicato esistenziale e implicava un'azione comunicativa da parte del cliente ("mostrarsi" a chi? e perché?, e così via) registrata e descritta da un osservatore. Soprattutto, l'eliminazione del verbo essere evitava la visione lineare causale e moralistica dei comportamenti problematici (Selvini Palazzoli et al., 1975).

L'attenzione al linguaggio ha anche caratterizzato il lavoro successivo del Centro Milanese di Terapia e Consulenza Sistemica. Questo atteggiamento si concretava nello strumento linguistico, oltre che concettuale, della *depatologizzazione*, importante concetto emerso a partire dalla metà degli anni Ottanta: si tratta di usare un linguaggio non patologico, che offra maggiori possibilità di liberare il cliente dal ruolo di "diverso" e far emergere descrizioni, storie, che aprano percorsi evolutivi di "normalità". È in tal senso che Goolishian descrive l'azione terapeutica come un "dis-solvere" il sistema patologicizzante, cioè il sistema creato dal problema, che comunemente comprende il paziente, la famiglia e gli esperti che fanno diagnosi di "malattia". Per converso, un linguaggio tecnico, basato su parole e concetti clinici, implica l'esistenza di una possibile malattia del sistema nervoso che può avere l'effetto di deresponsabilizzare il cliente e favorire i cosiddetti vantaggi secondari della malattia, nonché rappresentare una profezia che si autorrealizza.

Si può anche dire che una visione positiva e un dialogo depatologizzante non siano che due casi particolari di un più generale atteggiamento di *accettazione* del cliente, del suo mondo e dei suoi problemi, nonché delle sue risorse e delle possibili prospettive future. Ritorniamo che tra le principali fonti dell'ansia, dell'insicurezza e dei loro equivalenti sintomatici, vi siano relazioni presenti e passate in cui modalità di squalifica, di disconferma e di negazione da parte degli altri significativi abbiano condotto a una parziale o totale delegittimazione del soggetto. Se il terapeuta è capace di empatia, cioè si pone come persona che accetta il cliente in maniera incondizionata, senza nemmeno pretendere che si dimostri un "buon cliente", questo semplice messaggio può avere da solo importanti effetti terapeutici.¹²

12. Diversi studi sperimentali sulla psicoterapia hanno dimostrato che l'empatia è di per sé uno dei fattori terapeutici più importanti (Green, Hegerl, 1991; Bertrando, 1995).

Recentemente, la discussione delle questioni etiche in terapia ha assunto grande rilievo, anche alla luce delle istanze del movimento femminista, che ha posto al centro della propria riflessione proprio il problema dell'etica e dei valori (Hare-Mustin, 1986; Doherty, Boss, 1991).

Alla fine degli anni Ottanta, una serie di opportune critiche provenienti da varie parti, in primo luogo dagli operatori in prima linea nel lavoro con gli effetti traumatici degli abusi fisici e sessuali e dai movimenti femministi, hanno messo in discussione il "giustificazionismo" dei terapeuti sistemici della famiglia, le cui spiegazioni, basate su una visione circolare-causale, sembravano in un certo senso porre sullo stesso piano il contributo dell'aggressore e quello della vittima, ignorando la disuguaglianza e l'asimmetria della loro relazione. I membri di una famiglia, incluso ovviamente l'aggressore, nel corso di una terapia familiare, potevano sentirsi giustificati nei loro comportamenti dai comportamenti altrui e legittimati dal terapeuta che, in seguito allo svelamento dell'abuso, invece di cercare di cambiare il "gioco familiare", avrebbe avuto il dovere di interrompere la terapia e intraprendere iniziative di controllo sociale.¹³ Pesanti critiche furono allora rivolte al pensiero batsoniano che aveva reso marginale il concetto di potere, considerato semplicemente un errore epistemologico, influenzando e rendendo poco sensibili i terapeuti sistemici agli effetti, a volte devastanti, che l'abuso ha sulle vittime. Secondo i critici, la relazione di potere (e di violenza) è una relazione asimmetrica di disuguaglianza, meglio descrivibile secondo una causalità lineare tra un aggressore e una vittima, che eventualmente necessita di un intervento di controllo sociale, che faccia cessare immediatamente l'abuso.

Paul Dell (1989), uno dei più noti teorici del modello sistemico, in un importante articolo, ha riconosciuto la validità di tali critiche al concetto di potere secondo la teoria sistemica la quale, purtroppo, tendeva a condizionare i terapeuti a privilegiare, fra i tre livelli della conoscenza, quelli della descrizione e della spiegazione, a scapito dell'esperienza (traumatica) della vittima di un'aggressione. Come scrive anche Nichols (1987), riferendosi a un famoso esempio di Watzlawick e collaboratori (1967), quello della moglie brontolona e del marito che si ritira:

13. Riteniamo che tale evenienza sia da ritenersi virtuale o che si sia verificata molto raramente, in quanto il "buon senso" non può aver suggerito una diversa linea di condotta anche ai terapeuti di più stretta osservanza teorica.

I terapeuti della famiglia hanno imparato a vedere il brontolare e il ritirarsi come circolari, ma dovrebbero anche imparare a vederli come umani. I clinici avrebbero dovrebbero intravedere attraverso il brontolare il dolore dietro di esso, e comprendere l'ansia che c'è dietro il ritiro. In altre parole, all'atteggiamento del pensatore sistemico dobbiamo aggiungere l'atteggiamento di compassione e aiuto. (p. 20)

Tra le molte questioni etiche in discussione, una delle più importanti per la terapia è quella dell'*apertura* o della *chiusura*, della chiarezza o della reticenza del terapeuta rispetto al cliente; un'altra è la possibile manipolazione di quest'ultimo da parte del terapeuta. A tali questioni i terapeuti che aderiscono alla prospettiva conversazionale hanno risposto invocando un'apertura pressoché totale, che riecheggia quella dei terapeuti che si ispirano a una visione umanistica (Carl Rogers, Rollo May), nonché un rispetto genuino nei riguardi del cliente, che non lascia spazio ad alcuna manipolazione. Harlene Anderson (in Holmes, 1994) ha così sintetizzato le basi etiche del suo modello:

Per me, una posizione etica ha a che fare con il modo in cui ci poniamo rispetto all'altro, per consentire l'esistenza dell'altro senza invadere lui o la sua storia. Rispettare genuinamente le persone, permettere loro di sperimentare dignità nella relazione con noi e nelle proprie vite, di avere responsabilità per la loro vita: questa è una base etica.

Essere aperti e pubblici piuttosto che chiusi e privati nei propri pensieri di terapeuta, permettere che le nostre visuali e le nostre etiche siano messe in questione dagli altri, riflettere continuamente sulle nostre premesse valoriali e morali: questa è una base etica. (p. 156)

Nel nostro modello, la questione dell'apertura si pone in modo diverso: preferiamo essere per molti versi parzialmente "chiusi" piuttosto che aperti e pubblici. È da rilevare anche che a volte, in presenza di una particolare esitazione del cliente ad aprirsi e a rivelare certi avvenimenti o pensieri, può essere il terapeuta a invitare il cliente a riflettere e decidere in un secondo tempo sulla linea da seguire. In tal modo, rispetterà la *privacy* del cliente e le sue decisioni, e ammetterà la possibilità che possano esistere aree non condivise tra terapeuta e cliente (come avviene, in effetti, in gran parte delle transazioni umane).¹⁴

14. Abbiamo notato frequentemente gli effetti disastrosi di relazioni, specialmente intrafamiliari, condizionate da rigide premesse centrate sul dilemma: essere aperti (buoni) o essere chiusi (cattivi).

Ci troviamo invece d'accordo con Harlene Anderson quando sottolinea l'importanza, all'interno della terapia, di rispettare genuinamente le persone, la loro dignità e l'assunzione di responsabilità per la propria vita. Il nostro modo di essere fedeli a questi principi etici consiste nel creare un contesto terapeutico in cui siano massimi l'ascolto, l'empatia e il rispetto del terapeuta per il cliente, in aggiunta a un dialogo centrato più sulle domande che sulle risposte, cui il cliente potrà dare i suoi significati. Inoltre, in sintonia con il pensiero di von Foerster sull'etica, in terapia cerchiamo di "agire in modo da aumentare le scelte possibili" e, coerentemente a questo principio, cerchiamo di mantenere le dovute distanze dalle nostre teorie di riferimento e da ogni altra idea che può soffocare la nostra libertà e creatività e, di conseguenza, quella del cliente.

Un problema etico molto dibattuto riguarda la deliberata manipolazione del cliente da parte del terapeuta. Secondo noi, è etico evitare di manipolare le persone verso un esito determinato, cioè di condizionare coscientemente il risultato della terapia in termini di come le persone dovrebbero vivere la propria vita. Tale posizione è simile a quella di molti altri colleghi che si ispirano al modello costruttivista, al costruzionismo e alla narrativa (vedi anche Boscolo, Bertrando, 1993).

Watzlawick (vedi Nardone, Watzlawick, 1994) ritiene invece che sia etico liberare nel miglior modo possibile il cliente dai problemi che lo affliggono, e di cui chiede esplicitamente di essere liberato, anche se ciò implica inevitabilmente un certo grado di manipolazione. D'altra parte, a un livello più generale, secondo Watzlawick, è impossibile non manipolare all'interno di una relazione, e non fa eccezione la relazione terapeutica.

Questa posizione, del resto, è la posizione di tutti i terapeuti strategici, che spesso sfidano alcuni nostri assunti impliciti sull'etica. Si vanti, per esempio, quanto afferma Haley (1977). A suo avviso, la questione dell'etica in terapia riguarda la polarità fra occultamento (*concealment*) da un lato, intimità e condivisione (*intimacy* e *sharing*) dall'altro: "L'individuazione e la totale condivisione delle informazioni sono incompatibili. L'atto dell'occultamento tra terapeuta e cliente definisce un confine tra di essi e in tal modo li individua" (p. 198). Haley prosegue definendo quanto sia difficile, in terapia, essere completamente consapevoli di tutto quanto si sta facendo:

Le videoregistrazioni hanno reso sempre più chiaro quanto è complesso ogni scambio tra un terapeuta e il suo cliente. Ogni momento si

scambiano centinaia di migliaia di bit d'informazione, attraverso le parole, i movimenti del corpo e l'intonazione vocale. Sia il cliente, sia il terapeuta possono essere coscienti soltanto di piccole quote di uno scambio così complesso. (p. 200)

Quindi, essendo il terapeuta solo parzialmente consapevole delle origini e degli obiettivi di ogni suo atto (come abbiamo indicato parlando del "non detto"), un suo totale autosvelamento è naturalmente impossibile. È quindi inevitabile un certo grado di manipolazione non consapevole, oltre naturalmente a un certo grado di solidarietà, seduzione, controllo ecc.

Con la sua caratteristica lucidità, Haley affronta anche l'aspetto etico delle prescrizioni comportamentali quali, per esempio, la prescrizione del sintomo.

Le manovre terapeutiche che prevedono l'incoraggiamento del comportamento sintomatico non sono semplici bugie ma, piuttosto, bugie benevole. La domanda non è tanto se il terapeuta stia mentendo, ma se si stia comportando in modo non etico. Anche se inganna il paziente per il suo bene, è etico ingannare un paziente? [...] Bisogna anche preoccuparsi dell'effetto a lungo termine del fatto che una persona sperimenti il terapeuta come una persona non degna di fiducia, fatto che può essere più dannoso della persistenza del sintomo. Questo modello solleva una questione ancor più basilare: incoraggiare un sintomo significa ingannare il cliente? (*Ibidem*)

Per concludere, a proposito di apertura e reticenza del terapeuta, Viaro e Leonardi (1990) nella loro lettura, secondo la teoria conversazionale della terapia sistemica del gruppo di Milano, raccolgono tra le caratteristiche principali dell'intervista circolare due principi seguiti dal terapeuta, il principio di normalità e il principio di reticenza. Secondo il principio di normalità, tutto ciò che viene detto in seduta viene detto da persone dotate di una normale capacità di articolare il discorso, di comprendere quello degli altri, di fare liberamente delle scelte e così via. Nel corso del colloquio non si abbandona questo presupposto, anche quando una persona parla in modo incomprensibile: il terapeuta stabilisce che parla in modo incomprensibile *per comunicare qualcosa*. Non usa la malattia come principio esplicativo. Il principio di reticenza ammette invece che gli interlocutori, clienti e terapeuta, non rivelino tutto quello che pensano. Non si dà per scontata, né si richiede, una totale apertura reciproca. Anche il tera-

peuta mantiene una reticenza rispetto alle proprie ipotesi e, anzi, continua a fare al cliente domande solo indirettamente connesse alle ipotesi stesse (capitolo III).

FILOSOFIA DELLA TERAPIA

Roy Schafer (1976), riprendendo una distinzione che Northrop Frye (1957) aveva avanzato in critica letteraria, distingue quattro possibili visioni del mondo e della vita che possono applicarsi anche alle persone che vengono in terapia e agli effetti che la terapia ha (può avere) su di loro: *comica*, *romantica*, *tragica* e *ironica*. Troviamo questa distinzione interessante e utile per noi per collocare il nostro modello terapeutico in una cornice più ampia e definirlo rispetto ad altri modelli.

La visione comica¹⁵ traccia una netta distinzione tra "buoni" e "cattivi", un mondo in cui i buoni potranno raggiungere i propri fini una volta rimossi gli ostacoli (esterni) che si frappongono tra loro e la realizzazione dei propri obiettivi. Dal momento che chiunque s'identifica, in questa visione, con l'eroe buono, si tratta di una visione ottimistica, nella quale a ciascuno è data la possibilità di arrivare a realizzare la piena felicità: "La virtù è il sapere; si pecca solo per ignoranza; il virtuoso è felice" (Nietzsche, 1871, p. 96).

Nella visione romantica, la vita è una continua ricerca, al termine della quale, nonostante le molte inevitabili peripezie, l'eroe può sempre superare gli ostacoli e arrivare alla piena realizzazione, l'unione con l'assoluto. È interessante che sia la visione comica sia quella romantica condividano, nell'analisi di Schafer, due caratteristiche. Innanzitutto l'idealizzazione dei fini ultimi e delle figure eroiche, sempre prive di sfumature (dove il positivo è tutto da una parte e il negativo tutto dall'altra). In secondo luogo, una concezione ciclica del tempo: per gravi che siano gli ostacoli e le peripezie affrontate, i protagonisti possono sempre emergere incontaminati e restaurare tutta l'originaria purezza, azzerare tutto quanto è accaduto e ricominciare da capo.

Nella visione tragica, viceversa, ci si rende conto delle ineliminabili contraddizioni e duplicità della vita: nella vittoria è già presente il germe della sconfitta, nella felicità l'infelicità, e spesso gli imperativi

categorici cui dobbiamo obbedire sono intrinsecamente contraddittori e conducono a gravi lacerazioni interiori. Nella visione tragica il tempo è lineare e irreversibile, ogni scelta è compiuta una volta per tutte ed è impossibile tornare indietro. Il tragico implica la dolorosa accettazione di questa presenza di polarità inconciliabili nella vita: "Tutto ciò che esiste è giusto e ingiusto, e in entrambi i casi ugualmente giustificato" (Nietzsche, 1871, p. 71).

La visione ironica, infine, implica la stessa accettazione delle contraddizioni, delle ambiguità e dei paradossi dell'esistenza. È un'accettazione, però, che non è venata dello stesso pathos presente nella visione tragica. Dove il tragico presuppone piena partecipazione e intensità emotiva, l'ironico presuppone distacco. La visione ironica implica un distanziamento dall'adesione acritica a un punto di vista e il riconoscimento che ogni punto di vista è relativo e suscettibile di essere ribaltato nel suo contrario. Per quanto a sua volta umoristico, l'ironico è "qualcosa di molto serio" (Schafer, 1976, p. 51): vuol dire essere sempre pronti a mettere in forse le certezze.¹⁶

Schafer, da psicoanalista, lega queste quattro visioni al processo analitico (1976):

La visione comica, con il suo accento su ottimismo, progresso e risoluzione delle difficoltà, e la visione romantica, con il suo accento sulla ricerca avventurosa, sono collegate soprattutto con l'accento curativo, liberatorio e alloplastico del processo analitico. La visione tragica, che sottolinea profondo coinvolgimento, conflitto inevitabile, terrore, forze demoniache, desolazione e incertezza e la visione ironica, che sottolinea la disincantata consapevolezza dell'ambiguità e del paradosso e l'arbitrarietà degli assoluti, sono soprattutto collegate agli aspetti investigativi, contemplativi e valutativi del processo analitico. (pp. 55-56)

Al di là del fatto che non solo il processo analitico ma qualunque processo terapeutico contiene necessariamente in sé (o può essere letto secondo) tutte e quattro queste visioni, ci sono a nostro avviso terapie che rispondono soprattutto a una delle visioni sopra delineate.

È facile vedere che una visione "comica" caratterizza molte versioni di terapia breve basate sul sintomo e sul *problem-solving*, tutte quelle che presuppongono che l'eliminazione del sintomo, del com-

15. Il termine "comico", come qui lo intendiamo, non ha ovviamente nulla a che fare con l'umorismo, al quale è in genere associato nel parlare comune: qui s'intende "comico" in quanto pertinente al genere della "commedia".

16. Per Schafer, l'ironico è l'altra faccia del tragico. O, come afferma Nietzsche nella *Nascita della tragedia*: "Dovreste imparare a ridere, miei giovani amici, sempre che voi vogliate assolutamente rimanere pessimisti" (1871, pp. 14-15).

portamento o dell'attribuzione di significato indesiderati possa restaurare pienamente uno stato di benessere almeno potenziale: le terapie del MRI di Palo Alto e le altre terapie strategiche, le terapie ericksoniane e in genere tutte le terapie fondate su un ottimismo di base, molto radicato nella visione tradizionale della società americana. Analogamente, una visione romantica è propria di terapie quali quella junghiana e, nel campo familiare, di quella boweniana: in ambasue il processo terapeutico è visto come continua ricerca e tensione verso un assoluto (l'individuazione e l'autorealizzazione) inteso come distante ma, almeno tendenzialmente, raggiungibile.

Schafer attribuisce grande coscienza dell'elemento tragico alla psicoanalisi freudiana (non a caso figlia di una società e di una generazione in cui vacillavano i grandi ottimismo di quella precedente), in cui l'analista e l'analizzando sono coscienti, in misura sempre maggiore, dell'impossibilità di sfuggire alle contraddizioni e alla nevroticità insite nella vita stessa.

Possiamo trovare una visione ironica, oltre che nella psicoanalisi secondo la lettura di Schafer, anche in terapie come quella esperienziale di Whitaker (non a caso definita da alcuni commentatori "terapia dell'assurdo"), in cui la follia stessa è accettata come *modus vivendi* dotato di una sua dignità. E ci piace pensare che anche il nostro modello si collochi in una posizione ironica: nell'accettare molte visioni, anche contraddittorie, del mondo, ma senza che questo sia visto come una carenza o un limite tragico; e anche nell'incoraggiare per il cliente come per il terapeuta — un'analoga accettazione delle contraddizioni come visioni del mondo o come modi alternativi di esistere, tutti possibili per quanto inconciliabili. Il che non significa che nelle nostre terapie manchi il comico, come quando si affrontano semplici sintomi, o il tragico, quando si lavora su nodi inestricabili di lealtà e di dolore, come nei casi di incesto o di violenza e di psicosi.



IL PROCESSO TERAPEUTICO

In questo capitolo ci occuperemo di tutto ciò che riguarda il processo della terapia sistemica individuale. Presenteremo innanzitutto approfonditamente i principi su cui ci basiamo nella conduzione delle sedute sin dalla fine degli anni Settanta (ipotesi, circolarità, domande circolari). Ci occuperemo quindi della conduzione della terapia nelle sue diverse fasi, dalla valutazione iniziale fino alla seduta conclusiva, per arrivare poi a considerare in modo approfondito i recenti e stimolanti contributi che riguardano alcuni aspetti linguistici (semantici, retorici, ermeneutici) del dialogo terapeutico.

IL DIALOGO

Come riferito nel capitolo I, con lo sviluppo in questi ultimi anni della narrativa e del costruzionismo sociale, si è fatto strada l'uso del termine "conversazione" per definire il complesso degli scambi linguistici fra terapeuta e cliente. La maggior parte degli autori che si rifanno a queste idee attribuisce gli effetti della terapia alla conversazione stessa, senza riferimenti a particolari ipotesi, tipologie o teorie del terapeuta. Abbiamo già espresso il nostro interesse per tali sviluppi ma anche le nostre critiche, per cui preferiamo utilizzare l'antico termine "dialogo" terapeutico.¹ In questo capitolo cercheremo di illustrarne alcuni aspetti.

1. Per completezza, alcuni terapeuti hanno iniziato a usare il termine "discorso" terapeutico (Goldner, 1993).