Come costruisci la tua conversazione terapeutica?

Breve glossario degli interventi in Terapia Sistemica
e alcune considerazioni sulla possibilità di utilizzo

Andrea Mosconi - Alberto Castellani - Luisa De Maria - Mauro Gonzo
Rosaria Sorgato - Manuela Tirelli - Maddalena Tomas - Emma Zago

Negli ultimi anni si è venuto affermando, nella letteratura sistemica, un crescente interesse per l'analisi della struttura della interazione terapeutica in seduta.

Autori di indirizzo diverso sia costruttivista che costruzionista o strategico sembrano condividere a diversi livelli tale interesse, gli uni ponendo maggiore attenzione alle problematiche derivanti da una rimeditazione concernente la centralità dell'osservatore (il terapeuta e il suo Sè) rispetto all'oggetto osservato (il paziente e la famiglia); gli altri sulle caratteristiche della struttura familiare a cui il terapeuta deve adattarsi.

Già nel lavoro -Ipotizzazione, circolarità e neutralità- M. Selvini P. e Coll. (41) si ponevano, a nostro avviso, in tale prospettiva im-

stando il loro lavoro sulla ricerca di metodiche descrivibili e trasmissibili ... che erodessero spazio a stereotipi come: fiuto, sesto senso, ecc.... (39) e chiudevano, con la ormai storica domanda: -Potrebbe la terapia familiare produrre cambiamento soltanto attraverso l'effetto negentropico del nostro attuale metodo di conduzione di seduta, indipendentemente da un intervento conclusivo?-.

Con tale affermazione essi spostavano potentemente il loro interesse di terapisti, dall'intervento finale, che aveva caratterizzato il periodo, '70-'80, all'intera costruzione della seduta. Karl Tomm (45) sostenne che tutto ciò che il terapeuta fa è dice durante l'intervista era -intervento terapeutico-. Egli infatti affermava: -Molte domande hanno effetti terapeutici sui membri della famiglia, direttamente tramite le implicazioni in esse contenute e/o indirettamente tramite le risposte verbali e non-verbali date ad esse-. Egli invitava perciò i terapisti a -sondare di continuo i familiari con domande, parafrasando le loro risposte e notando le loro reazioni verbali e non-verbali per giungere a definire delle distinzioni circa le loro esperienze-.

Nei suoi lavori egli esponeva poi una sua ipotesi di codifica delle tipologie di domande utilizzabili (45).

Anche L. Leonardi e M. Viaro (25), nel loro lavoro, presero in considerazione l'intervista con la famiglia e ne analizzarono accuratamente le particolarità strutturali utilizzando come riferimento la Teoria degli Atti Linguistici.

ANDREA MOSCONI
Responsabile
ALBERTO CASTELLANI
LUISA DE MARIA
MAURO GONZO
ROSARIA SORGATO
MANUELA TIRELLI
MADDALENA TOMAS
EMMA ZAGO

Servizio di Terapia Familiare e Relazionale ULSS 16,
V. Dei Colli, 4, Padova.

Si ringrazia il Dott. M. Viaro per i consigli relativi ad alcune voci del presente lavoro

Molti altri, tuttavia, furono gli autori che, sollecitati dalle acquisizioni della 2^a cibernetica, si occuparono della psicoterapia familiare come -conversazione- e/o -narrazione-: Andersen T. (1), Angelo C. (4), Bandler R., Grinder S. (5), Boscolo L e Coll. (10), Mosconi A. (32), Tomm K. (45), Watzlawick P. (51), Sluzki C. (43), White M. (54), per citarne solo alcuni e proposero diverse griglie di analisi.

Tale dibattito può, a buon diritto, essere incluso nel più ampio capitolo delle ricerche sul Processo in Psicoterapia Familiare. Pinsof W.M. e Bertrando P. in recenti lavori (37,8) segnalano tra le difficoltà da affrontare da un lato la complessità della interazione sociale nella Terapia Familiare e dall'altro la scarsità di adeguate codificazioni riguardanti l'agire del terapeuta e del paziente e sottolineano come la ricerca in tale campo si trovi a tutt'oggi in uno stadio ancora primitivo.

Partendo dalla accettazione di tali concetti nonché della funzione di -registra- assunta dal terapeuta nella costruzione della relazione con il paziente e la sua famiglia, abbiamo pensato di partire da un punto di vista diverso. Anziché costruire una nuova griglia di analisi della conversazione terapeutica, abbiamo ritenuto fosse più utile proporre, ai terapisti interessati ad analizzare il proprio modo di costruire la seduta, un modo per intendersi sui termini da usare.

Abbiamo perciò cercato di costruire un glossario delle strutture conservative ed interattive maggiormente utilizzate in Terapia Familiare comprensivo di una loro possibile codificazione, per tentare di aprire un campo di interesse riguardante gli strumenti del cambiamento e il loro coordinarsi per il raggiungimento dell'obiettivo prefissato. Ne è risultato il lavoro che qui esponiamo. Esso potrà sembrare ad alcuni pervaso da un'ottica eccessivamente meccanicistica. Ne accettiamo il rischio, convinti che provare a definire una parte di una complessità sia, come si sa, inserirsi nella dinamica che inestricabilmente lega vincoli e possibilità (14) e che bisogna pur fare delle ipotesi per essere smentiti.

Da un primo esame della letteratura sistemica prodotta dagli Autori più accreditati, ci è ri-

sultato evidente come ognuno di essi, a seconda della teoria seguita e dello stile personale, privilegi alcune strutture interattive e/o conservative. Nella loro opere, inoltre, costante è lo sforzo di dare una definizione a tali strutture, descrivendole in modo tale da renderle trasmissibili e ripetibili. L'utilità di tale loro impegno nonché il raggiungimento, almeno parziale, del traguardo che essi si sono prefissati è dimostrato dall'esperienza di ognuno di noi che da questi maestri ha appreso a fare terapia.

Abbiamo allora cercato di:

a) Identificare e scegliere gli interventi la cui descrizione era maggiormente ricorrente nei lavori di differenti Autori, in quanto questo costituiva un indicatore indiretto di validità degli stessi; *volontarie*

b) Scegliere, tra le definizioni date, quella che sembrava più completa e maggiormente trasmissibile, cercando, di ridefinire eventuali punti oscuri;

c) Riunire le -voci- così identificate ordinate in più ampie tipologie riferendoci da un lato alla letteratura e dall'altro, per quanto possibile, alle fasi evolutive della relazione terapeutica.

In un precedente lavoro (32) avevamo esposto l'ipotesi che in essa vi si possano, schematicamente, identificare alcuni passaggi abbastanza costanti, che prescindono dallo stile specifico del terapeuta. Essi possono essere esposti come segue:

X A) Cercare la connessione con il paziente.

È il momento in cui il terapeuta sollecita il paziente ad esporre il motivo per cui si è rivolto a lui e gli lascia esporre più o meno liberamente i fatti. Esso si riassume nella due frasi seguenti:

T: -Quale è il motivo per cui è qui?-

P: -Ecco dottore questo è il motivo...-

X B) Orientare il paziente verso l'esposizione di una serie di dati relativi al problema.

È il momento in cui il terapeuta spinge il paziente a precisare la natura del problema per averne una definizione più precisa, specialmente nei suoi effetti nell'*bic et nunc*. Così facendo egli pone anche le prime distinzioni.

C) *Allargare progressivamente il campo di osservazione dal paziente.*

E' il momento in cui il terapeuta, partendo dai fatti esposti, spinge il paziente a decodificare a ritroso il processo di coordinazione e calibrazione che il paziente ha fatto della propria ipotesi sul problema e che sono diventate parti fondanti della tautologia che lo ingabbia.

D) *Orientare il paziente verso un ulteriore allargamento del proprio campo di osservazione.*

E' il momento in cui il terapeuta sollecita il paziente a prendere in considerazione elementi nuovi e/o non previsti.

I passaggi B) - C) - D) potrebbero anche essere descritti come parte di un'unica fase cui potrebbe essere dato il nome di: *Allargamento del campo di osservazione e costruzione delle aree di consenso*. Essa potrebbe essere riassunta nelle frasi seguenti:

T: *-Mi faccia capire meglio-*

P: *-Ecco ora le spiego-*

La costruzione di questi tre passaggi è progressivamente orientata a permettere il passaggio finale:

E) *Proporre al paziente una nuova ipotesi o descrizione dei fatti.*

E' il momento della *-ristrutturazione-* della differenza utile per *-fare differenza-* (9). E' il momento in cui il Terapeuta facendo leva sugli elementi non visti né previsti dal paziente, ma emersi nel momento D), cerca di restituire una ridefinizione dei fatti *condivisibile* dal paziente stesso, in quanto basata su ciò che egli ha detto, *ma fondata su premesse incompatibili* con quelle da cui egli partiva in precedenza. Il paziente si trova così nella condizione di dover eliminare una delle due premesse e, per un processo di economia mentale interna, si troverà nella necessità di produrre un nuovo tipo di descrizione e/o tautologia che renda compatibili nuovi elementi emersi. Questo momento potrebbe essere sintetizzato nella frase seguente:

T: *-Ecco questa è la mia idea sul motivo per cui lei è qui-*

P: *-Ma, veramente, dottore ... (e, se tutto va bene) Ah! questo non l'avevo ancora pensato-*

Riassumiamo nella **Tavola I** l'intero processo:

Tavola I

Fase A

T: *-Quale è il motivo per cui viene qui?-*

P: *-Ecco dottore questo è il motivo-*

Fase B - C - D

T: *-Mi faccia capire meglio-*

P: *-Ecco, ora le spiego-*

Fase E

T: *-Ecco questa è la mia idea-*

P: *-Mah, veramente, questo non l'avevo ancora pensato!-*

Tenendo, quindi, come riferimento quanto esposto abbiamo identificato quattro ampie aree di intervento ognuna delle quali include un insieme di voci, ordinate progressiva-

mente, secondo una ipotetica continuità temporale della interazione, terapeuta-famiglia, nel corso della terapia. Le riassumiamo in **Tavola II**.

Tavola II

A Interventi sulla struttura della conversazione

- A1 Locazione dei turni di parola
- A2 Strategia delle sequenze tematiche
- A3 Ricostruzione della storia familiare
- A4 Domande di specificazione
- A5 Domande per differenza
- A6 Confronto tra punti di vista
- A7 Domande circolari (o triadiche)
- A8 Riassunti

B Interventi di «reframe»

- B1 Domande ipotizzanti
- B2 Riassunti ristrutturanti
- B3 Ipotesi ristrutturanti
- B4 Metafore ristrutturanti e/o similitudini
- B5 Connotazione positiva

C Interventi prescrittivi

- C1 Prescrizioni paradossali
- C2 Consigli ristrutturanti
- C3 Prescrizioni ristrutturanti
- C4 Scissione generazionale

D Interventi sulla relazione terapeuta/famiglia

- D1 Sospensione del giudizio
- D2 Impotenza terapeutica
- D3 Sfida al sistema
- D4 Splitting tra terapisti
- D5 Ipotesi multiple e/o Reflecting Team

Passeremo ora a descrivere per esteso le definizioni date a ciascuno secondo la procedura suindicata. Per maggiore chiarezza abbiamo aggiunto, ad ogni voce, un breve esempio clinico che serva ad illustrarla.

A) Interventi sulla struttura della conversazione

Questi interventi si trovano disseminati nell'arco di tutto il colloquio, ma più frequentemente essi sono rinvenibili nella fase iniziale della seduta e/o della terapia, e servono per fare esporre, specificare, confrontare, indirizzare i punti di vista del paziente e/o dei vari

componenti della famiglia. Il terapeuta attraverso mirate sequenze di domande, li guida ad approfondire e ad esprimersi su particolari argomenti da lui scelti e orienta le sedute su nodi focali utilizzando successive sequenze di correzione.

Gli interventi sulla struttura della conversazione sono ampiamente trattati da molti Autori. Già M. Andolfi (3) specificava che «ricevere informazioni, evidenziare modelli transazionali abituali, confini personali e interpersonali canali funzionali e disfunzionali, sono tutte modalità operative volte a costruire una mappa delle relazioni familiari e significative per definire poi un piano terapeutico».

Tutto ciò è fondamentale per:

-1) Creare connessione tra il terapeuta e il paziente. 2) Orientare l'attenzione verso un allargamento del campo di osservazione che includa una serie di dati relativi al problema che diventeranno parte della comune area di consenso. 3) Fargli decodificare a ritroso il processo di coordinazione e di calibrazione che il paziente ha fatto delle proprie ipotesi sul problema- (32).

Il terapeuta si prepara così ad introdurre nelle premesse del paziente differenze cognitive-mente condivisibili dallo stesso.

Con questi interventi si mira, perciò, a costruire in successione le prime quattro fasi della terapia (A - B - C e D). Essi, quindi, assumono una enorme importanza nel creare i presupposti indispensabili, per la ristrutturazione. Tali interventi hanno assunto importanza sempre maggiore, specie alla luce delle acquisizioni della cibernetica di II ordine. Per H. R. Maturana e F. Varela (28), infatti, i sistemi nascono vivono e si aggregano attraverso la condivisione di descrizioni riguardanti le reciproche relazioni, generate all'interno della propria chiusura organizzativa. Il terapeuta, quindi, in quanto osservatore/sistema organizzativamente chiuso, costruisce ipotesi/descrizioni da condividere con il paziente. La terapia viene quindi vista soprattutto come luogo di coordinamento dei significati (15).

Gli interventi di questa area possono essere suddivisi in tre sottogruppi:

1) Interventi di ordine generale: A1 - A2

2) Interventi di specificazione: A3 - A6

3) Interventi con valenze ristrutturative: A7 - A8

I primi sono interventi, per così dire, aperti. Sono costitutivi della stessa conversazione terapeutica. Infatti non esiste conversazione se non si parla di «qualche cosa» con «qualcuno». Essi, tuttavia, possono prendere, come vedremo, significato più marcatamente strategico in talune occasioni.

I secondi soddisfano più specificatamente ai criteri relativi ai punti B - C - D dello schema citato più sopra.

I terzi preparano la fase E (Ristrutturazione). Vediamoli ora analiticamente.

1) Interventi di ordine generale

A1 - Locazione dei turni di parola

Tale intervento apre ogni conversazione terapeutica in quanto l'intervista è essenzialmente una conversazione asimmetrica, nella quale certe mosse sono una prerogativa del terapeuta che ha il diritto/dovere di dirigere la conversazione (25). Il terapeuta ha quindi il diritto di stabilire chi deve parlare, solo lui può dare e togliere la parola.

In linea di massima, tuttavia, il Terapeuta si prefiggerà di fare parlare tutti i componenti della famiglia su ognuno dei temi prescelti. Tale modalità che chiameremo «di base» risulta particolarmente importante in quanto tende ad introdurre due valenze fortemente terapeutiche:

1) Toglie il presupposto di «verità» alle opinioni espresse da ciascuno.

2) Apre la possibilità di utilizzare la strategia del «confronto tra i punti di vista» di cui parleremo più avanti (V. A6).

Tale intervento può prendere, poi, una valenza più specificatamente strategica quando il terapeuta:

a) decide con chi vuole parlare di un determinato tema (p. es. rispettare l'ordine gerarchico e/o invertirlo, parlare solo con i figli, lasciare libero ognuno di intervenire, scegliere una persona specifica, ecc.);

b) decide un frequente o improvviso cambiamento di interlocutore per interrompere un tema o mettere in relazione due persone (p. es. nelle domande triadiche, ecc.).

Esempio:

T: «Adesso vorrei fare alcune domande alla signora, visto che suo marito ha già risposto in modo esauriente».

A2 - Strategia delle sequenze tematiche

Questo intervento include una sequenza di domande che il terapeuta rivolge alla famiglia mirate ad approfondire un tema ritenuto importante.

Anche questo, come il precedente, è, in una certa misura, inevitabile.

Il terapeuta decide di cosa si parla, stabilisce, cioè, i temi da introdurre nella conversazione, la loro articolazione in sottotemi, quando un tema è esaurito e con quale altro, eventualmente, deve sostituirlo (48).

Per tale motivo esso assume un valore strategico notevolissimo in ordine sia all'aver nuove informazioni sia al sollecitare l'attenzione dei clienti nella ricerca di soluzioni in una determinata direzione, quando, addirittura non serve a suggerirle, tramite una sorta di parallelismo metaforico o per analogia o contiguità, come sottolineato da alcuni autori (5,18).

Ad esempio, fatta una ipotesi sui conflitti interattivi che sono stati all'origine del problema, l'orientare la conversazione sui temi che alludono o chiariscono la natura degli stessi, o parlare su come sono stati affrontati e risolti da un altro familiare, viene ad avere una importantissima funzione in due sensi: il primo è di colpire un punto nodale su cui si regge l'ipotesi del paziente, il secondo è osservare le sue comunicazioni, soprattutto a livello analogico, mentre si parla di tali argomenti, per cogliere reazioni da lui non previste e che fungano, eventualmente, da elemento contraddittorio alle sue descrizioni (32).

Esempio:

Il terapeuta indaga a lungo sul carattere del fratello della paziente designata per verificare un'ipotesi: che la ragazza con il suo comportamento disturbato copra quello del fratello (ancora più problematico):

T: -E secondo lei il fratello come è?-

P (padre): -Non sembrano neanche fratelli, lui è più espansivo, anche se rapportandolo ai suoi amici anche lui è un po' chiuso-

T: -Questa idea che Franco sia espansivo ce l'ha solo lei o anche sua moglie?-

P: -Tutti e tre-

T: Rispetto al carattere di suo figlio, lei signora, cosa pensa?-

M (madre): -Lui è più pacifico, più cordiale-

T: -Lei come vede questo ragazzino, non solo in casa che è il suo regno, volevo sapere come è stato l'impatto con la prima media, come era alle elementari, cosa ne dicono i professori-

P: -E' un po' più espansivo della sorella, anche se è lo stesso un po' chiuso, fuori casa è un perdente. E' per la timidezza, quando è in compagnia lui è l'ultimo ad esprimersi ma si comporta bene-

2) Interventi di specificazione

Come detto più sopra essi possono completare ed arricchire la conversazione attorno a punti precedenti, aiutando il sistema ad uscire dalle reificazioni malposte, per tornare sul piano delle descrizioni.

A3 - Ricostruzione storia familiare

E' un intervento che potrebbe essere considerato facente parte del precedente. A nostro avviso, tuttavia, esso acquista una importanza specifica in quanto offre al terapeuta alcune opportunità terapeutiche particolari.

Esse possono essere riassunte come segue:

- 1) raccogliere e organizzare le informazioni (le cronologie parallele),
- 2) costruire le aree di consenso,
- 3) facilitare i processi auto-osservativi,
- 4) accedere ad una epistemologia narrativa-Esaminiamole brevemente.

1) Raccogliere e organizzare le informazioni

Si potrebbe dire che questa è la finalità più classica di una ricostruzione della storia familiare che, abitualmente, viene attuata in un'ottica trigerazionale. Da questo punto di vista il terapeuta mira infatti a inquadrare gli eventi più importanti della vita del nucleo familiare prendendone in considerazione il ciclo vitale per evidenziare una cronologia precisa di fatti e cogliere eventuali coincidenze e ridondanze.

M. Selvini Palazzoli e Coll. (39) suggeriscono una strategia nella quale è necessario:

- a) non concedere un tempo troppo lungo a prevedibile resoconto dei comportamenti (disturbati), ricoveri, esami medici... indugiare solo quanto basta ad osservare le reazioni dei vari membri della famiglia nei confronti del «sintoma» (n.d.r. rilevando tuttavia i passi più salienti dell'evoluzione del problema);

b) eseguire un'indagine accurata sui rapporti passati e presenti con le rispettive famiglie di origine dei coniugi;

c) investigare la -fase premorbosa- in senso sistemico.

P. Di Biasio e Coll. (16) aggiungono che:

«Oltre ai dati biografici sono da approfondire alcuni temi che costituiscono di frequente occasione di conflitti latenti all'interno della famiglia: conflitti attorno ai quali si organizzano mosse e contromosse che rendono complesso e ripetitivo il gioco in atto. Ci riferiamo a temi quali il lavoro... eventuali cambiamenti o sospensioni di attività... presenza di frequenti spostamenti o viaggi di lavoro, a trasferimenti o a traslochi della famiglia, a convivenze o a stretta vicinanza abitativa con genitori e/o parenti.»

Molte infatti sono le notizie che vengono fornite al terapeuta ma solo alcune di esse vengono valutate come -dati- utili per l'ipotesi sistemica.

In sintesi, attraverso la costruzione di -cronologie parallele- il terapeuta riunisce le informazioni a lui utili per cogliere nella contemporaneità e/o successione degli eventi le possibili connessioni esistenti tra l'evoluzione del comportamento sintomatico e i fatti più salienti della vita familiare.

Egli sarà facilitato così, nel cogliere attraverso la evoluzione -diacronica- dei fatti ridondanze, regole, riti e/o miti familiari.

2) Costruire le aree di consenso.

Su questo aspetto e su quelli successivi, è stato posto l'accento soprattutto da parte di quegli Autori che si sono rifatti ai concetti della cibernetica di II ordine. Ricostruire insieme la storia familiare, infatti, permette di fare ampio uso degli interventi di specificazione che descriveremo più avanti. Tutto ciò permette la progressiva costruzione di un insieme di descrizioni su cui convergere. In tal modo l'ipotesi del terapeuta può, implicitamente, avanzare attraverso la progressiva costruzione della trama narrativa. Nel far ciò è importante che il terapeuta mantenga un clima di -conversazione partecipe- e non solleciti, ancora, l'attenzione

dei suoi interlocutori sulle ipotesi che va facendo e che utilizzerà nelle fasi successive.

3) Facilitare i processi autosservativi.

Da questo punto di vista la storia familiare viene vista non solo come uno strumento per rilevare armonie o disarmonie evolutive tra l'individuo, il sistema e il contesto sociale, ma anche, da un punto di vista più strettamente cibernetico e cognitivo, come un modo di fare oscillare la -mente terapeutica- dal passato verso le ipotesi sul futuro. Esso può divenire, perciò, una eccellente modalità per accrescere la flessibilità del sistema e la sua capacità di autosservarsi percependo differenze tra stati sequenziali interattivi ripetitivi o meno (32,34).

4) Accedere ad una epistemologia narrativa.

La riflessione su questo aspetto è stata sollecitata da quegli autori che hanno posto l'accento sul tempo e sulla terapia come narrazione (2, 11, 13, 24). Essa vede il sistema stesso costruito dalle descrizioni che gli appartenenti danno di sé stessi e delle loro relazioni. Le storie narrate diventano, così, il vero tessuto connettivo del sistema. Il -sistema con storia- (38), diventa il -sistema che narra la propria storia-, rimettendo in gioco il senso della propria evoluzione nel tempo.

Questi quattro aspetti della ricostruzione della storia familiare sono, a nostro avviso, complementari.

Esempio:

T: «Cominciamo dalla signora Alice, quanti anni ha? Quale è la sua occupazione? Quando ha conosciuto il marito? Quanto è durato il fidanzamento? I genitori della coppia erano contenti di questa unione? Hanno dei fratelli? Che rapporti ci sono con loro? A che distanza abitano i genitori? Quando il signor Mario ha cambiato lavoro? Quando si è diplomato e/o fidanzato il fratello del paziente? Quando è nato il nipotino? ecc.

A4 - Domande di specificazione (come, dove, quando, con chi, ecc.)

Con tale intervento si invitano i membri della famiglia a chiarire definizioni vaghe e gene-

ralizzazioni. Come sostengono R. Bandler e J. Grinder (5)

La generalizzazione può impoverire il modello dei clienti, provocando una perdita di particolari e di ricchezza delle loro esperienze originarie.

La generalizzazione impedisce quindi di fare distinzioni che potrebbero dar loro un più completo insieme di scelte nell'affrontare una particolare situazione. Il far luce sui punti di vista della persona intervistata e sui fatti che li hanno generati, chiarisce le relazioni di questa con altri membri, in rapporto al loro contesto spazio-temporale.

Esempio:

T: -Ci può dire nello specifico quali sono i suoi disturbi? Che cosa le fa pensare che il problema è familiare? Quando dice che tutti le vogliono male a chi pensa in particolare?..

A5 - Domande per differenza

Si potrebbe dire che tali domande costituiscono un elemento -classico- del repertorio del terapeuta sistemico. Esse si basano sul concetto di -differenza- di G. Bateson. I primi a porre l'accento su tale tipo di intervento furono M. Selvini Palazzoli e Coll. (41).

Essi sottolineano:

- a) la diversa posizione dei comportamenti della famiglia di fronte a un determinato problema, marcandone appunto la differenza (ad esempio di ansia, preoccupazione, ecc.);
- b) le differenze nei comportamenti entro rapporti specifici;
- c) la graduatoria dei vari membri della famiglia rispetto a uno specifico comportamento, o a una specifica interazione;
- d) il mutamento nel rapporto prima e dopo un avvenimento preciso.

-Sottolineiamo la grande efficacia di tale richiesta di classificazione come fonte di informazioni importantissime, sia per quanto concerne la diversa posizione dei vari membri -nel gioco familiare-, sia per l'eventuale comparsa di discrepanze tra le varie classificazioni- (41)

Le domande per differenza prospettano una comparazione fra due o più elementi. -E' più...

questo ... o quello?-. La funzione di queste domande è principalmente quella di evidenziare direttamente queste differenze (48).

Esse possono essere intese come estensioni delle precedenti e ne segnano un approfondimento.

Esempio:

T: -Chi assomiglia di più a lei in questo? Chi di voi quattro sta peggio in questo momento? Se dovesse fare una graduatoria quale ordine ci sarebbe?..

A6 - Confronto fra punti di vista

Anche questo intervento è spesso di conseguenza del precedente.

Proprio perché la punteggiatura organizza eventi comportamentali ed è quindi vitale le interazioni in corso, il terapeuta indaga sulle diverse valutazioni, sui punti di vista e sui giudizi riguardanti gli eventi della vita familiare dei diversi membri della famiglia. -Egli chiede chiarimenti e precisazioni finché i suoi interlocutori non hanno definito in modo chiaro completo quanto pensano- (48). Egli si quindi a rilevare e far emergere l'eventuale saccordo o divergenza su quanto espresso membri delle famiglie, inoltre: -assicura a ciascuno uno spazio autonomo di risposta, rinvando il processo di differenziazione- (3).

In tal modo egli può mettere in evidenza eventuali alleanze e/o coalizioni nonché tentare le capacità di autoservazione del sistema.

Esempio:

T: -Lei è d'accordo con sua madre quando dice che è spesso indifferente a quanto succede? Cosa ne pensa in proposito?..

3) Interventi con potenzialità ristrutturazione

A7 - Domande circolari o triadiche

La circolarità dell'intervista terapeutica in due livelli:

1) la capacità del terapeuta di condurre una investigazione basandosi sulle retroazioni della famiglia;

2) la possibilità di mettere in relazione tra loro i membri della famiglia.

Ogni membro della famiglia sarà invitato a dire come vede la relazione tra altri due membri. Si tratta cioè di indagare in qual modo una relazione diadica è vista da un terzo, ovvero cosa un membro della famiglia pensa che un altro membro pensi su un dato argomento. Indagare, infatti, sul rapporto di altri due, in loro presenza, non soltanto infrange il non definirsi chiaramente e le comunicazioni di doppio-legame, regole ubiquitarie nelle famiglie disfunzionanti, ma anche, conformemente al primo assioma della pragmatica della comunicazione umana, non può non provocare conseguenti retroazioni reciproche (41).

Tale modalità di fare domande ha acquistato un'enorme rilevanza nella terapia sistemica. Alcuni autori, letteralmente affascinati da tale tipo di intervento, si dedicarono con particolare impegno ad uno studio atto ad illuminarne tutte le potenzialità terapeutiche (34,44,45,46,47).

Si può dire, infatti, che esse costituiscono, oggi, la modalità di base per la conduzione di tutto l'intervento sistemico.

Esempio:

T: Tu hai una idea di quello che pensano i tuoi genitori e sulle teorie che hanno loro sul come toglierti questa mania?
Secondo lei, Marta, sua madre pensa che ce la faccia ad uscirne?
Come pensa che sua madre veda il comportamento di suo padre?.

A8 - Riassunti

In tale intervento si riprendono elementi emersi durante il corso delle sedute e/o della conversazione e se ne sintetizzano i dati salienti alla famiglia.

Riassumendo:

- a) si ordinano le informazioni raccolte;
- b) ci si accerta di aver correttamente inteso il senso di quanto è stato detto.

Il terapeuta ha, così, la possibilità, se vuole, di sottolineare le divergenze dei diversi punti di vista o fatti salienti.

Tale intervento, dovrebbe chiudere ogni sequenza conversativa. Essa tenderebbe quindi a procedere più o meno, proprio secondo la sequenza progressiva qui esposta:

- Scelta di un tema e domande aperte
- Domande di specificazione
- Riassunto finale

La richiesta della conferma al riassunto fatto dal terapeuta permetterebbe un ulteriore passo nella costruzione di una area di consenso tra terapeuta e famiglia, mentre la globale struttura triadica soggiacente permetterebbe lo sviluppo delle dinamiche auto-osservative esposte più sopra. L'intera sequenza, quindi, permette al Riassunto di includere già in sé notevoli potenzialità ristrutturanti.

Esempio:

T: Allora, se abbiamo capito bene, mentre suo marito è sempre stato favorevole a lasciare più libertà nelle uscite dei figli, lei ha sempre cercato di stabilire degli orari più limitati.

B) Interventi di «reframe»

Quest'area di interventi riguarda, più direttamente, il cambiamento che il terapeuta opera all'interno della cornice entro la quale la persona percepisce gli eventi, con lo scopo di cambiarne il significato (6). Una volta cambiata la lettura, il significato che viene dato alla situazione, anche lo sfondo in cui il soggetto si colloca viene ad assumere di conseguenza una nuova luce. Modificate le premesse e le credenze, di conseguenza tutto automaticamente diventa diverso.

Ristrutturare significa, dunque, dare una nuova forma alla visione del mondo concettuale e/o emozionale del soggetto e porlo in condizione di considerare i «fatti» che esperisce da un punto di vista tale da permettergli di affrontare meglio la situazione anziché eluder-

la, perché il modo nuovo di guardare la realtà ne ha mutato completamente il senso (50). Il terapeuta, in questa modalità di intervento, ridefinisce in maniera più o meno indiretta le punteggiature e quindi l'immagine del problema presentato, le premesse e le credenze. I cambiamenti indotti dagli interventi di reframe si basano sul principio per cui se si dà una lettura del gioco in atto diversa, ma ben connessa ai fatti narrati, il sistema non potrà più vedere le cose come prima, né quindi, giocare il vecchio gioco. Rinviamo il lettore a quanto detto più sopra a proposito del punto E) della conversazione terapeutica alla cui promozione questi interventi sono mirati.

B1 - Domande ipotizzanti

L'ipotesi è il dato iniziale ammesso provvisoriamente per servire di base a un ragionamento, a una dimostrazione, a una spiegazione, e che sarà giustificato dalle conseguenze, dall'esperienza (49).

L'uso della forma linguistica della domanda per introdurre ipotesi è stata suggerita da più Autori come particolarmente utile: M.H. Erickson (18) sottolinea come in tale modo venga utilizzato anche il potenziale ipnotico maggiore della forma-domanda rispetto alla forma-affermazione.

Karl Tomm (45) le pone tra le domande riflessive come quelle domande che vengono usate per stimolare le famiglie a considerare delle possibilità che potrebbero non avere mai preso in considerazione da sole, ma che, tuttavia, sono compatibili con i loro preesistenti valori e credenze.

Sono infatti domande che mirano a verificare l'atteggiamento della famiglia di fronte a un probabile accadimento (41).

Le retroazioni della famiglia a queste domande consentono di verificare la plausibilità dell'ipotesi... se la famiglia retroagisce con espressioni sia verbali che analogiche che mostrano stupore, ma indicano anche interesse e un certo ripensamento, il terapeuta potrà continuare nel processo di costruzione della nuova visione della realtà, suggerito dall'ipotesi sistemica prescelta (46).

La loro valenza dipenderà dalla ipotesi suggerita

Esempio:

T: -Immagina che nella vostra famiglia ci fossero solo i tuoi genitori, senza te e i tuoi problemi, e che si sentissero più liberi, tu pensi che loro si separerebbero o rimarrebbero insieme?.

B2 - Riassunti ristrutturanti

Si diversifica dal riassunto semplice in quanto è un intervento che utilizza il riassunto allo scopo di riprendere informazioni emerse durante il corso delle sedute e/o della conversazione per riunirle insieme e dare alla famiglia un quadro già in parte ristrutturato di una situazione conosciuta.

Il riassunto ristrutturante quindi è una mosca che serve a operare connessioni tra quanto è stato detto e ad introdurre nuovi significati proponendo nuove domande (25).

Esempio:

T: -Noi vediamo che il suo ragazzo accetta tutto quello che lei fa, nella situazione attuale i suoi genitori si sono tirati indietro, suo fratello si dichiara -fuori-, lei deve cominciare a pensare a quello che succederà quando anche sua nonna si stancherà. Lei cosa pensa di fare?.

B3 - Ipotesi ristrutturanti

Scopo delle ipotesi ristrutturanti è di mettere il sistema e/o il paziente nella condizione di sperimentare una situazione di contraddizione con le proprie premesse, irrisolvibile a meno che non avvenga l'eliminazione di una delle premesse e quindi il cambiamento (32).

Esempio:

T: -Per il fatto che lei rimane sveglia tutta la notte mi viene in mente una famiglia in cui la figlia teneva la luce accesa per poter controllare di più quello che accadeva. Il fatto che lei giri di notte non vi disturba?.

T: «Voi siete una famiglia che le croci se le prende tutte e se le porta sulle spalle e vostra figlia ha preso da voi, a questo proposito. Ognuno di voi si prende anche le croci dell'altro, la mamma ha in mente di far quadrare i bilanci, e anche vostra figlia aveva intenzione di mangiare poco per non pesare sul bilancio, questo fa parte di un clima in cui voi vi caricate il peso delle croci dell'altro e vi rendete conto di quanto sia faticoso vivere, per noi quello che fa pd è comprensibile».

Questo intervento riveste un'importanza particolare nell'ambito della terapia sistemica. Esso merita, perciò, di essere trattato più estesamente: Attorno agli anni '80 lo studio e l'acquisizione sempre più approfondita delle idee di Bateson pone la ricerca del «senso» al centro dell'attività e della vita stessa di un sistema mentale. In questa fase il rilievo dato alla Teoria dei Tipi Logici introduce l'idea che la mente, le menti, di un sistema si coordinano attorno a catene di significati che, connessi tra loro, diventano struttura portante del sistema mentale stesso. Costruire «mappe», descrizioni, ipotesi, intese come preposizioni che collegano tra loro altre preposizioni descrittive viene ad essere considerata l'attività fondamentale di un sistema (9). L'ipotesi, in quanto struttura cognitiva che connette fatti e significati diviene, allora, la forma vitale base anche del sistema terapeutico e l'ipotizzare diviene l'intervento per eccellenza.

M. Selvini P., L. Boscolo, G.F. Cecchin e G. Prata nell'ormai famoso articolo «Ipotizzazione, circolarità, neutralità: tre direttive per la conduzione di seduta» (41) sono i primi a porre potentemente in luce alcune funzioni dell'ipotesi in terapia. Essi infatti precisano che:

a) per ipotizzazione intendiamo la capacità del terapeuta di formulare una ipotesi in base alle informazioni in suo possesso;

b) con tale ipotesi il terapeuta stabilisce il punto di partenza della propria investigazione effettuata con metodiche atte a verificarne la validità;

c) la funzione della ipotesi nella conduzione della seduta familiare è quella «di ornare pat-

tems relazionali». Essa introduce informazioni nuove sulla mente del terapeuta e della famiglia (41).

L'articolo si conclude ponendo il quesito se «tale attività, attraverso il suo effetto ristrutturante non sia sufficiente da sola ad indurre il cambiamento».

Negli anni a seguire, queste affermazioni vengono riprese e sviluppate in modo diverso dai vari componenti del gruppo di Milano che, proprio sul diverso uso delle funzioni dell'ipotesi e delle sue capacità ristrutturanti, marciano una divergenza al loro interno che guiderà i loro successivi metodi di lavoro clinico e formativo. M. Selvini P. e G. Prata fonderanno il Nuovo centro per lo Studio della Famiglia dove l'attività clinica metterà in luce soprattutto le qualità a) e b) dell'ipotesi. L. Boscolo e G.F. Cecchin fonderanno il Centro Milanese di Terapia della Famiglia dove verranno tenute presenti e sviluppate soprattutto le qualità a) e c) dell'ipotesi e cioè quelle più specificatamente cognitive.

Un ulteriore rinforzo ad apprezzare le capacità ristrutturative dell'ipotesi viene negli anni dall'85 in poi dalle idee di H. Maturana e F. Varela (28). L'affermazione base è che «vivere è conoscere, e conoscere non è spiegare ma generare descrizioni all'interno della propria chiusura organizzativa e condividerle con altri sistemi attraverso il linguaggio». Sul piano della terapia anche questi concetti vengono sviluppati in particolare dal movimento che fa capo al Centro Milanese di Terapia della Famiglia. Il terapeuta viene considerato quindi, eminentemente, un osservatore organizzativamente chiuso capace, tuttavia, di costruire ipotesi e generare descrizioni da condividere con il paziente nella conversazione terapeutica, costruttrice di nuove realtà interattive (12). Il passaggio concettuale è quindi dall'ipotesi alla descrizione.

Ma la costruzione di «ipotesi/descrizioni sistemiche» atte a ristrutturare e connettere il materiale emerso in seduta si fonda comunque su alcuni principi che possiamo riassumere come segue:

a) includere tutti i componenti della famiglia e fornirci una supposizione concernente il funzionamento relazionale globale;

- X b) descrivere le relazioni;
- c) non attribuire colpe, ma connotare positivamente i diversi comportamenti, connettendoli l'uno con l'altro, per mostrarne le reciprocità;
- X d) includere il comportamento sintomatico evidenziandone la positività e l'utilità o per il mantenimento dell'equilibrio globale del sistema o focalizzandone i vantaggi nei riguardi di una specifica relazione fra due componenti del sistema stesso. In questo caso il terapeuta avrà cura di cercare di individuare quella che più è sentita da tutti, o almeno dal paziente, come emotivamente pregnante. Al paziente, ad esempio, potrà essere utile cercare di mostrare proprio quella relazione contro la quale sembra che il suo sintomo sia implicitamente diretto.
- e) Dal punto di vista specificamente cognitivo il terapeuta dovrà testare una o più ipotesi circa le percezioni interpersonali e le reciproche intenzioni. Successivamente sceglierà e renderà credibile l'ipotesi che, come suggerisce V. Ugazio, più delle altre possiede le caratteristiche della -plausibilità- e -dissonanza- rispetto al vissuto della famiglia (46).

B4- Similitudini e metafore ristrutturanti

Nella terapia relazionale sistemica esse sono spesso considerate simili se non sovrapponibili e perciò le trattiamo insieme anche nel presente lavoro. In realtà esse sono due strutture conversative ben differenziate, anche se si può considerare simile l'uso che se ne fa in terapia.

La metafora è definita come: -trasporto, mutazione-; è una -figura retorica che consiste nel trasferire ad un oggetto il nome proprio di un altro, secondo un rapporto di analogia- (49). La similitudine invece è -una figura retorica che consiste nel paragonare una cosa all'altra. E' simile ciò che -nelle caratteristiche, nelle qualità, nell'aspetto presenta parziale identità con altra o altre persone o cose- (49).

Usare metafore e/o similitudini in terapia permette rispettivamente di rileggere simboli-

camente il sintomo o di citare esempi chiari e paralleli. Queste tecniche possono essere un modo efficace di raccogliere informazioni e suggerire ipotesi in un gruppo che si presenta particolarmente rigido o difeso. Diverso è l'impatto che esse provocano nella famiglia: mentre le similitudini sono un paragone chiaro che il terapeuta fa tra l'esempio e la famiglia, (paragone che può essere accettato o meno, produrre irritazione, stupore o divertimento) la metafora produce un effetto più interlocutorio, ponendo dei dubbi nell'ascoltatore riguardanti il destinatario di tale messaggio.

Spesso in terapia è utile parlare per metafore scegliendo un argomento che suggerisca qualcosa riguardo alla situazione-problema, evitando comunque di rendere esplicita la connessione (3).

M.H. Erickson fu indubbiamente colui che più di ogni altro utilizzò tale forma di intervento per l'induzione ipnotica e per la disseminazione di strutture cognitive nuove nei suoi interventi. Tuttavia molti altri Autori ne ripresero e ampliarono l'utilizzazione in varie forme di terapia e, anche, in terapia familiare (5,23,22,4,18,53,7,8).

Esempio:

1) Similitudine

T: -Ci è sembrato che potevi essere paragonata ad Alice nel Paese delle Meraviglie che a un certo punto decide di prendere uno sciroppo per diventare piccola e poter passare dappertutto. Poi però Alice vuole diventare grande e non sa che dosaggio prendere.

Tu, per qualche ragione, hai fatto lo stesso hai deciso ad un certo punto della tua vita di non crescere più, anzi di tornare piccola, come se avessi questo sciroppo magico e ha detto -non cresco più-. Adesso che hai deciso di tornare a crescere non sai ancora quanto sciroppo prendere...-

2) Metafora

T: -Alice nel Paese delle Meraviglie ad un certo punto decise di prendere uno sciroppo per diventare piccola e poter passare dappertutto. Poi però Alice volle diventare grande e non sapeva più che dosaggio prendere.

B5 - Connotazione positiva

La paternità di tale intervento è da attribuirsi come è noto al gruppo di Milano, tuttavia esso viene descritto anche da altri Autori in diverse forme di psicoterapia (5).

Esso consiste in una rilettura in positivo dei comportamenti osservati. La sua funzione è innanzitutto quella di favorire la compliance dei pazienti alla terapia; inoltre, serve ad accrescerne la disponibilità ad accettare gli interventi proposti.

Ne proponiamo doverosamente la descrizione fatta dal gruppo di Milano:

«La funzione primaria della connotazione positiva di tutti i comportamenti osservati nel gruppo ci appare perciò quella di facilitare ai terapisti l'accesso al sistema ... (Ciò) era possibile solo se connotavamo positivamente sia il sintoma del paziente designato che i comportamenti sintomatici degli altri membri, ad esempio dicendo che tutti i comportamenti osservabili appaiono ispirati dallo scopo comune di mantenere l'unione e la coesione del gruppo familiare. In tal modo i terapeuti mettono tutti i membri della famiglia sullo stesso piano, evitando di iniziare o di essere travolti in alleanze e scissioni di sottogruppo le quali costituiscono l'alimento quotidiano del disfunzionamento familiare... Qualificando come positivi, cioè buoni, i comportamenti sintomatici in quanto motivati dalla tendenza omeostatica, ciò che di fatto si connota positivamente è la tendenza omeostatica del sistema, e non le persone. I terapisti non solo si definiscono alleati della tendenza omeostatica, ma la prescrivono» (38).

Come si può vedere la particolarità della connotazione positiva proposta dal gruppo di Milano, rispetto alle proposte di altri autori, è di essere più specificatamente sistemica. La rilettura in positivo, infatti, ha come riferimento i comportamenti osservati in tutti i componenti del sistema e le regole che hanno guidato la costruzione dell'insieme. Come si può capire, essa è spesso associata ad una ipotesi ristrutturante (intervento B3 della presente classificazione) e diviene uno dei modi di proporla. In tal modo essa diviene un potente

mezzo per meta-comunicare con il sistema e con quanto al suo interno. Spesso è, strategicamente, rinforzata da una prescrizione paradossale di comportamento (intervento C1 della presente classificazione).

Utilizzata in questo modo assume il nome di controparadosso.

Esempio:

T: «Siamo tutti d'accordo nel pensare che voi avete risposto in maniera molto attenta, l'iter che stiamo seguendo è favorevolmente caratterizzato da questa vostra collaborazione».

C - Interventi prescrittivi

La fase della costruzione sistemica di una realtà su cui intervenire, cioè quella della raccolta di informazioni, precede quella in cui l'equipe terapeutica può:

1) ristrutturare il materiale informativo emergente (sezione B della presente classificazione);

2) assegnare dei compiti che coinvolgono tutti o parte dei membri della famiglia. «La prescrizione si limita a favorire l'occasione per sperimentare la possibilità di un cambiamento: invita a giocare un altro gioco» (42).

Inoltre le prescrizioni costituiscono una marca di contesto terapeutico, provocano retroazioni che mostrano la disponibilità della famiglia alla terapia e strutturano la seduta successiva.

Esse quindi provocano un effetto di cambiamento in tre direzioni:

1) a livello dell'intero sistema familiare;

2) a livello dei singoli componenti la famiglia;

3) a livello del terapeuta in quanto funzionano come «test» (31).

C1 - Prescrizioni paradossali

Le prescrizioni paradossali sono state ampiamente illustrate in origine dal Gruppo di Milano in *Paradosso e Controparadosso*. La tecnica che si può chiamare «illusione di alternative»

consiste nel prescrivere, asserendo molte buone ragioni, al paziente e/o all'intero sistema di proseguire nei comportamenti in atto. Essa mette il sistema in una situazione in cui la retroazione fa comunque il gioco del terapeuta, e provoca un cambiamento. P. Watzlawick (50) dice che se un terapeuta insegna al paziente a rappresentare il proprio sintomo egli gli sta insegnando un comportamento spontaneo, e con questa ingiunzione paradossale impone al paziente di cambiare comportamento.

Tale forma di intervento fu poi ripresa e ampliata da molti altri Autori. Essi ne hanno di volta in volta sottolineato diversi aspetti come ad esempio:

- a) la ampiezza delle possibilità di applicazione (52) oppure:
- b) la precisione con cui deve essere costruita in sintonia con quanto emesso nella seduta (26).

La sua concettualizzazione resta, tuttavia, sostanzialmente legata a quella data originariamente.

Per le connessioni con la connotazione positiva vedi B5

Esempio:

T: -Voi dovete continuare fino al prossimo incontro a fare quello che state facendo, non modificate il vostro comportamento ma rimanete così di modo che la prossima volta ci porterete una immagine ingrandita della vostra relazione.

T: -Noi non vorremmo che un nostro intervento facesse peggiorare la situazione, per cui in questo mese lei continui pure a fare dispettucci, che fanno in modo che il padre reagisca e non cada in depressione..

C2 - Consigli ristrutturanti

Si tratta di sollecitazioni e indicazioni ristrutturanti non date come ordine, ma suggerite alla famiglia. Esse vengono spesso incluse alle prescrizioni o proposte ad esse.

-Sostegno, educazione e guida sono di solito, operazioni associative ma possono anche avere funzioni ristrutturanti. Il terapeuta deve

essere conscio dell'importanza di queste funzioni e deve sapere come incoraggiarle. Spesso può ad esempio dover insegnare ai genitori il modo di rispondere in maniera diversa a ciascuno dei propri figli (30).

Esempio:

T: -Se la signora vuole leggere riviste di moda lo faccia pure e dica pure che a lei piace la moda. Il papà anche se non parla è però lì e se parla con sua moglie è meglio, ma anche se non parla va bene. Quindi parlate delle cose che vi piacciono anche se poi non vi ascoltate. L'importante è che non vi scontriate.

C3 - Prescrizioni ristrutturanti

Con questo tipo di intervento si vuole ristrutturare in modo più marcato il modello comunicativo usato dalla famiglia, sostituendolo con un altro diverso e più funzionale.

Si dà quindi la consegna di compiti da svolgere solitamente tra seduta e seduta che, attuati, modificano il modello relazionale tra i membri e indicano nuove possibilità di comunicazione della famiglia.

-Il terapeuta può usarli per evidenziare un campo di esplorazione che non è stato sviluppato naturalmente nel corso delle transazioni familiari oppure per mettere a fuoco un settore in cui la famiglia può avere bisogno di lavorare (30).

A volte tali prescrizioni prendono la forma di veri e propri rituali i quali:

-Nel corso del tempo possono diventare molto importanti e contribuire a fondare la percezione collettiva di sé della famiglia, ovvero la sua identità: infatti la famiglia, attraverso le ritualizzazioni apprende e mantiene alcuni fra i comportamenti, i modi di essere importanti e funzionali alla sua stessa esistenza (31).

Il lavoro con le prescrizioni è stato ed è molto utilizzato dai terapisti familiari. Esso, ad esempio, modificò nettamente il modo di fare terapia del gruppo di Milano (38,40). Nel tempo venne modificandosi il modo di proporre

conformemente allo stile conversativo del terapeuta. Oggi vengono più spesso proposte come idee o vengono costruite con la famiglia a partire dalle ipotesi sul futuro. In tal modo spesso la famiglia si fa terapeuta di se stessa. In tal senso esse entrano a far parte della conversazione terapeutica più che essere, come in passato, parte della interazione pragmatica terapeuta/famiglia, fuori dalla seduta.

Esempio:

T: -Vi diamo un compito più difficile: in questo mese un martedì lui non va a riposare ma la accompagna fuori, e lei un martedì al mese sta con lui quando fa la pennichella.

T: -Come potremmo fare capire ai vostri figli che avete idee così diverse?.

P: -Potremmo dividerci i giorni ed alternarci alla guida della famiglia.

C4 - Scissione generazionale

Tale intervento va a nostro avviso considerato come una forma particolare di prescrizione ristrutturante che citiamo a parte per la sua specificità.

Con esso si attua una separazione tra la generazione dei genitori e i figli, con compiti specifici che ogni generazione deve svolgere a casa o con l'invito in terapia di una delle due generazioni, allo scopo di eliminare gli invischiamenti e le intrusioni tra le generazioni stesse. M. Selvini P. è l'autrice che più di ogni altra ha descritto e utilizzato tale forma di intervento che nell'ambito della sua ricerca sui «giochi psicotici» prende addirittura la forma di «prescrizione invariabile». È noto d'altra parte come una delle caratteristiche delle famiglie patologiche è la mancanza di una vera barriera intergenerazionale. Tale intervento tende a ricostruire tale barriera e, nel contempo, permette al terapeuta di individuare le relazioni e le alleanze, prima nascoste, che le si opponevano.

Nel suggerire tale forma di intervento, a volte, si rischia di colpevolizzare la coppia genitoriale, perciò onde evitare tale rischio i genitori non devono venire accusati o esclusi, ma vengono invece valorizzati e recuperati

nell'attiva collaborazione a un processo di cambiamento. In questo senso, la nomina dei genitori a coterapisti è una mossa fondamentale... (42).

Esempio:

T: -Proprio per conquistare i vostri spazi come coppia dovrebbe fare degli esercizi, ad esempio quando discutete voi due a pranzo vi chiamate per nome e se vostro figlio interrompe la mamma, il papà dice «stai zitto» e viceversa.

T: -Questa volta siamo arrivati alla conclusione che è indispensabile darvi una prescrizione... complessa... Ritornati a casa dovete impegnarvi a mantenere il segreto assoluto sulla seduta... Trascorsa una settimana circa da questa seduta inizierete ad uscire qualche volta la sera... Dopo che vi siete accordati fra voi sulla sera adatta, vi fisserete un appuntamento fuori... prima dell'ora in cui di solito cenate. A casa, lascerete solo un biglietto con le seguenti parole: «Stasera noi non ci siamo». Tornerete a casa non prima delle ventitré. Non preparerete la cena, e tornerete a casa avendo già cenato... Organizzate le vostre serate come volete. L'essenziale è che non andiate in luoghi o con persone che consentano di venire a sapere dove siete stati o che cosa avete fatto» (42).

D - Interventi sulla relazione terapeuta - famiglia

L'attenzione a questa tipologia di interventi è andata crescendo con l'adesione dei terapisti familiari alla seconda cibernetica e alla teoria della autopoiesi del sistema. È così che la relazione tra terapeuta e famiglia diventa centrale, perché essi sono connessi in una continua ricorsività, che arriva perciò a determinare strutturalmente lo stesso setting.

Qui l'accento viene posto quindi non già sulla presentazione di contenuti riguardanti la famiglia, ma piuttosto sul modo di proporli. Si viene ad agire così potenziando o variando la definizione della relazione tra il terapeuta e il paziente in modo da attirarlo maggiormente e

coinvolgerlo nella terapia. Perciò questa classe di interventi si trova quasi sempre ad accompagnare quelli derivanti da altri gruppi.

D1 - Sospensione del giudizio

L'equipe terapeutica può ritenere opportuno non formulare un intervento per lasciare tempo alla famiglia, di assimilare il contesto o il contenuto specifico della seduta fatta, per raccogliere ulteriori informazioni e/o per accrescere l'attesa della famiglia verso quanto verrà detto nella seduta successiva.

Esempio:

T: -Avremmo delle idee su quanto ci avete detto, ma abbiamo deciso di interrompere qui per darvi modo di pensare al tema dell'infelicità di tutti e tre.

D2 - Impotenza terapeutica

E' un cambiamento di definizione della relazione tra terapeuta e famiglia, che rompe il gioco senza fine in cui il terapeuta propone il cambiamento e la famiglia difende il suo *status quo*. In questo modo il terapeuta, mettendosi down, evita di definirsi fautore del cambiamento, trasforma la relazione da simmetrica a complementare riprendendo paradossalmente in mano il controllo della situazione (38).

Esempio:

T: -... lei non sembra confermare questa ipotesi visto che ha dimostrato di saper scegliere le cose, abbiamo preso un granchio con questa ipotesi.

D3 - Sfida al sistema

Quando i membri della famiglia collaborano con difficoltà o sostengono di essere convinti che altre alternative non ci sono, il terapeuta si pone in un atteggiamento di sfida attraverso domande o affermazioni che tendono per reazione ad attivare il sistema (3).

All'efficacia della provocazione in terapia F. Farelly dedica un interessante lavoro nel quale dimostra con numerosi esempi clinici come essa rappresenti un potente elemento di motivazione al cambiamento in quanto i pazienti si trovano ad essere sollecitati ad affrontare quanto il terapeuta propone loro. -Il compito del terapeuta è dunque quello di sfidare il cliente in misura sufficiente, ma non sopraffacente, al fine di provocarlo a impiegare un nuovo comportamento adattivo- (20).

Esempio:

T: -Quello che lei non ha chiaro è il suo futuro, e io non capisco se questo moroso con cui lei sta è una bandierina che lei sventola a caso o cosa?.

T: -Lei deve decidere se vuole fare la mamma anche per suo marito e lasciare perdere la sua cura, così apre la via a lui per altre occasioni con altre donne. Lei se vuole fare la vecchietta e lasciare che questo figlio e questo uomo se ne vadano la possiamo aiutare.

D4 - Splitting tra terapeuti

Lo splitting tra terapeuti diventa utile quando emergono forti contrasti tra i membri della famiglia.

I terapeuti si scindono drammatizzando un contrasto al proprio interno che fa da specchio alla famiglia in modo da indurla ad accettare una delle ipotesi proposte (33). Tale modalità di intervento trovò un uso estensivo, ad esempio, nel -Greek Chorus- e nel -Dibattito Strategico- (36). In esso i terapeuti discutevano animatamente attorno ad un punto focale. La tecnica di intervento fa comunque riferimento alla -illusione di alternative- (51) di derivazione ericksoniana (17).

Esempio:

T: -Il mio collega dice che vi vede più come genitori che come coppia, io invece vi vedo anche come coppia, come una coppia bene assortita.

T: -Mentre alcuni colleghi pensano che voi siete in grado di affrontare i vostri problemi di coppia altri pensano che non ce la farete mai.

D5 - Ipotesi multiple e/o reflecting team

Anche l'esplicitazione di ipotesi multiple diventa utile quando emergono forti contrasti tra membri della famiglia.

Tale metodo, diversamente dallo *-splitting-* consiste nel proporre diverse ipotesi sistemiche mettendole sul medesimo piano, attivando i membri della famiglia nell'aderire ad una di queste, cimentandosi tra varie ipotesi a lavorare per la definizione *-più aderente-* delle proprie problematiche.

Tale tecnica di presentare alla famiglia più descrizioni della sua realtà viene applicata in modo estensivo in particolare nella metodica della *Reflecting Team*: le nuove versioni presentate al sistema bloccato lo smuovono dal punto morto in cui si trova. Esso impara così ad accettare anche una diversità di lettura del problema che non implica necessariamente una ipotesi vera e una falsa. T. Andersen, citando A. Maturana, sottolinea che

... ogni sistema vigente è organizzato come sistema autonomo, e soltanto lo stesso sistema sa come e quando è pronto a cambiare la propria struttura... se la relazione tra le parti è sufficientemente sicura, sufficientemente non intrusiva, sufficientemente interessante, gli scambi reciproci che veicolano nuove idee possono innescare nuovi modi di relazionarsi. L'importante è rendersi conto che la famiglia scoglierà quelle idee che le si adattano. Alcune possono risultare utili ed essere usate. (1).

La visione della realtà che viene proposta è coerente con il contesto di una conversazione curiosa e basata, quindi, sul *-e... e-*, *-sia ... sia-* e non sul *-o... o-* come nello *splitting*. Tale caratteristica ha fatto sì che spesso si identifica in questa tecnica il punto centrale della modalità *-conversativa-costruttivista-* di condurre la terapia (34).

Esempio:

T: *-Mentre io vi vedo come coppia, come una coppia bene assortita, un collega invece dice che vi vede più come genitori che come coppia, mentre un altro ancora sostiene che vite le vostre difficoltà nemmeno come genitori riuscite ad essere coerenti...-*

T: *-Dalla discussione con i colleghi sono emerse diverse ipotesi da prendere in considerazione: 1) che Anna non mangi per fare dispetto alla mamma che vuole controllarla; 2) per far sì che il padre non possa più vedere in lei la mamma quando era giovane; 3) per evitare gli sguardi dei coetanei che la mettono così in imbarazzo; 4) per pareggiarsi con la sorella riguardo alle attenzioni rivolte dai genitori.*

Considerazioni conclusive e possibili utilizzazioni

Come già detto in apertura, nostra intenzione è stata quella di proporre, un glossario in cui potessero trovare collocazione alcuni tra i principali interventi utilizzati in terapia.

E' indispensabile sottolineare che ci siamo riferiti solo all'aspetto verbale della conversazione terapeutica escludendo di conseguenza tutte le variabili connesse al non-verbale, all'aspetto emotivo, ecc.

Pur tenendo conto di ciò, nonché della necessità di perfezionare la presente classificazione, questo contributo vuole riproporre la riflessione sull'utilità per il terapeuta di definire i criteri della propria conversazione terapeutica e i rapporti tra conversazione terapeutica e cambiamento avvenuto.

Alla fine del lavoro svolto abbiamo costruito una scheda contenente gli interventi stessi ma che prevedesse la possibilità di registrarli al termine di una seduta.

VIA - VIA

A. Mosconi - A. Castellani - L. De Maria - M. Gonzo - R. Sorgato - M. Tirelli - M. Tomas - E. Zago

potrà allenare, inoltre, a mettere a fuoco i punti cruciali su cui progettare ulteriori interventi, scoprendo anche ridondanze e/o punti ciechi a volte imprevisi.

Gli sarà possibile ad esempio cogliere quali siano le sue strategie prevalenti. Ciò può essere importante anche perché gli sarà poi più facile creare correlazioni con le situazioni cliniche nelle quali un certo stile gli risulta maggiormente applicabile.

Qualche consiglio per l'uso: nel registrare gli interventi è utile fare attenzione soprattutto ai momenti cruciali della seduta (p. es. i cambiamenti della famiglia o le uscite per supervisione).

In tal modo la rilevazione degli interventi in corso di seduta può essere scandita nel tempo rispettando la loro sequenzialità. La seduta può essere così suddivisa in diverse fasi

ognuna delle quali potrà rivelare una sua progressione. Sarà utile, inoltre, soprattutto nel caso si voglia porsi il problema di una correlazione interventi/cambiamento, non tenere conto del singolo intervento che ha preceduto la modificazione, ma dell'intera sequenza precedente o almeno di quella costituita da tre interventi.

Alcuni interventi, inoltre, vedi ad esempio il controparadosso, sono costituiti da più interventi associati; in tal caso si segnerà ognuna delle tipologie contemporaneamente emerse, collegandole tra loro, con un trattino.

Questi gli elementi di base che proponiamo, traendoli dalla nostra esperienza, per l'uso della scheda proposta. Ma su di essi speriamo di essere più chiari in un prossimo lavoro esplicativo.

RIASSUNTO

Gli autori propongono un glossario degli interventi sistemici articolato in quattro aree di

intervento. Scopo di questo lavoro è di aprire un campo di interesse riguardante la struttura della conversazione terapeutica stessa nonché i fattori di cambiamento in terapia.

PAROLE CHIAVE

Glossario - Intervista - Interventi sistemici.

SUMMARY

The Authors of this research suggest a glossary articulated in four areas of intervention.

The aim of that net is to open an area of interest concerning the structure of the therapeutic conversation and the factors of change in Therapy as well.

KEY WORDS

Glossary - Interview - Systemic interventions.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Andersen T., «Il Reflecting Team: dialogo e metadialogo nel lavoro clinico», *Il Bollettino*, 17, 1989.
- 2) Anderson H., Goolishian H., «Human systems as linguistic systems: preliminary and evolving ideas about the implications for clinical theory», *Family Process*, 27, 1988.
- 3) Andolfi M., *La terapia con la famiglia*, Roma, Astrolabio, 1977.
- 4) Angelo C., «L'uso dell'oggetto metaforico in terapia familiare», *Terapia Familiare*, 3, 1978.

- 5) Bandler R., Grinder J., *La struttura della magia*, (1975), Roma, Astrolabio, 1981.
- 6) Bandler R., Grinder J., *La Ristrutturazione. La programmazione neurolinguistica e la trasformazione del significato*, (1982), Roma, Astrolabio, 1983.
- 7) Barker P., *L'uso della metafora in psicoterapia* (1985), Roma, Astrolabio, 1987.
- 8) Bertrando P., «La ricerca in terapia della famiglia: un approfondimento», in Gurman A.S. Kniskern D.P. *Manuale di terapia della famiglia*, Torino, Ed. Bollati Boringhieri, 1995.

- 9) Bateson G., *Mente e natura: un'unità necessaria*, (1979), Milano, Adelphi, 1984.
- 10) Boscolo L. e Coll., *Linguaggio e cambiamento: l'uso di parole chiave in terapia*, *Terapia Familiare*, 37, 1992.
- 11) Boscolo L., Bertrando P., *I tempi del tempo. Una nuova prospettiva per la consulenza e la Terapia Sistemica*, Torino, Bollati-Boringhieri, 1993.
- 12) Cecchin G.F., *Hypothesizing, circularity and neutrality revisited: an invitation to curiosity*, *Family Process*, 26, 1987.
- 13) Cecchin G.F., *La costruzione di possibilità terapeutiche*, *Terapia Familiare*, 41, 1993.
- 14) Cerutti M., *Il vincolo e la possibilità*, Milano, Feltrinelli, 1986.
- 15) Cronen V. e Coll., *Paradoxes, double binds and reflexive loops: and alternative theoretical perspective*, *Family Process*, vol. 20, 1982.
- 16) Di Blasio P., Fisher J.M., Prata G., *La cartella telefonica, pietra angolare della prima intervista con la famiglia*, *Terapia Familiare*, 22, 1986.
- 17) Erickson M.H., Rossi E.L., *Varieties of Double Bind*, *American Journal of Clinical Hypnosis*, 17, 1975.
- 18) Erickson M.H., Rossi E.L., *Ipnoterapia*, (1979), Roma, Astrolabio, 1982.
- 19) Erickson M.H., *La mia voce ti accompagnerà*, (1982), Roma, Astrolabio, 1988.
- 20) Farelly F., Brandsma J., *La terapia provocativa*, (1974), Roma, Astrolabio, 1984.
- 21) Goolishian H., Anderson H., *Human systems as linguistic systems: preliminary and evolving ideas about the implications of clinical theory*, *Family Process*, vol. 27, 1988.
- 22) Gordon D., *Metafore terapeutiche*, (1978), Roma, Astrolabio, 1992.
- 23) Haley J., *La Terapia del Problem Solving*, (1977), Roma, Nis, 1985.
- 24) Hoffman L., *A constructionist position for Family Therapy*, *Irish Journal of Psychology*, 1988.
- 25) Leonardi P., Viaro M., *Una conversazione speciale*, *Psichiatria generale e dell'età evolutiva*, 3, 1991.
- 26) Loredio C., Vella G., *Il paradosso e il sistema familiare*, Torino, Boringhieri, 1989.
- 27) Malagoli Togliatti M., Telfener U. (a cura di) *Dall'individuo al sistema*, Torino, Ed. Boringhieri, 1991.
- 28) Maturana H.R., Varela F.J., *Autopoiesi e cognizione, la realizzazione del vivente*, (1980), Venezia, Marsilio, 1985.
- 29) Mills J.C., Crowley R.J., *Metafore terapeutiche per i bambini*, 1986, Roma, Astrolabio, 1988.
- 30) Minuchin S., *Famiglie e terapia della famiglia*, (1974), Roma, Astrolabio, 1976.
- 31) Mosconi A., Cagnin A., Sordón K., *Alcune considerazioni su: rituali e le prescrizioni ritualizzate nella terapia sistemica*, *Psichiatria generale e dell'età evolutiva*, 3, 1991.
- 32) Mosconi A., *Alcuni spunti per un dibattito sui livelli e le strategie della conversazione terapeutica*, *Psicobiettivo*, 4, 1993.
- 33) Mosconi A. e Coll. *Strategie di intervento in Terapia Familiare Sistemica: ipotesi per una tipizzazione*, *Rivista Sperimentale di Freniatria*, vol. CXVIII, Fasc. VI, 1994.
- 34) Mosconi A. e Coll.: *From counter-paradox and the Milan model to therapeutic conversation and the Milan systemic approach: origin and development of the Milan Center for Family Therapy*, in Uwe P. Gieleu and A.L. Comunican (a cura di), *Family and Family Therapy in International Perspective*, milano, Ed. Marinelli, (in stampa) (1995).
- 35) Penn P., *Circular questioning*, *Family Process*, 21, 1982.
- 36) Papp P., *The greek chorus and other techniques of paradoxical therapy*, *Family Process*, vol. 19, 1980.
- 37) Pinsof W., *La ricerca processuale in Terapia della Famiglia* in Gurman A.S., Kniskern D.P., *Manuale di Terapia della Famiglia*, Torino, Bollati Boringhieri, 1995.
- 38) Selvini P.M., Boscolo L., Cecchin G., Prata G., *Paradosso e controparadosso*, Milano, Feltrinelli, 1975.
- 39) Selvini P. M., Boscolo L., Cecchin G., Prata G., *La prima seduta di una terapia familiare sistemica*, *Terapia Familiare*, 2, 1977.
- 40) Selvini Palazzoli M. e Coll. *Una prescrizione ritualizzata nella Terapia della famiglia*: